DOCUMENT RESUME

ED 346 338 CE 061 443

| | |
|---|---|
| TITLE | Literacy and Health Project. Phase One. Making the World Healthier and Safer for People Who Can't Read = Projet alphabetisation et sante: Premiere etape. Rendre le milieu plus sain et sans danger pour les personnes qui ne savent pas lire. |
| INSTITUTION | Frontier Coll., Toronto (Ontario).; Ontario Public Health Association, Toronto. |
| SPONS AGENCY | National Literacy Secretariat, Ottawa (Ontario).; Ontario Ministry of Health, Toronto.; Ontario Ministry of Skills Development, Toronto. |
| REPORT NO | ISBN-0-929129-00-8; ISBN-0-929129-04-0 |
| PUB DATE | 89 |
| NOTE | 151p.; The separately published English and French versions of this document are here combined. The translation into French was done by Joly-Hebert. For the "Research Report" on which the "Research Findings" section of this document was based, see CE 061 442. |
| PUB TYPE | Reports - Research/Technical (143) -- Multilingual/Bilingual Materials (171) |
| LANGUAGE | English; French |
| EDRS PRICE | MF01/PC07 Plus Postage. |
| DESCRIPTORS | Accidents; Adult Basic Education; *Adult Literacy; Cooperative Programs; Coordination; Developed Nations; *Diseases; Economically Disadvantaged; Foreign Countries; Health Education; Health Materials; *Illiteracy; Life Style; Literacy Education; *Physical Health; Poverty; Public Policy |
| IDENTIFIERS | Ontario |

ABSTRACT

The Literacy and Health Project was set up to determine how reading and health problems were connected. A research phase documented the relationship between literacy and health. Information was collected from community organizations, literature review, three case studies in Ontario, and key informant interviews. The consultation process involved regional workshops across Ontario, a 2-day provincial workshop, and a strategy meeting. Findings demonstrated that virtually all health-related aspects of people with limited literacy skills were worse than for others. Illiteracy had both indirect and direct effects on health. The major impact of illiteracy on health status occurred indirectly. Illiteracy led to poor life-style practices, stress, and unhealthy living and working conditions; it also resulted in lack of access to health information and in inappropriate use of medical and health services. Three crucial areas of action were identified: a commitment to achieve literacy and health for all, a commitment to make environments healthy and safe, and a commitment to ensure equitable access to vital information. Recommendations dealt with issues of equitable access to health-related information. They involved the partnership of government, organizations, and a coordinating body. (English and French summaries of the report are found at the beginning of the report. Appendixes include a 93-item bibliography and a list of project participants. A French-language version of the report is attached.) (YLB)

# Literacy and Health Project

## PHASE ONE

### Making the World Healthier and Safer for People Who Can't Read

ED346338

U.S. DEPARTMENT OF EDUCATION
Office of Educational Research and Improvement
EDUCATIONAL RESOURCES INFORMATION CENTER (ERIC)

☑ This document has been reproduced as received from the person or organization originating it.

☐ Minor changes have been made to improve reproduction quality.

• Points of view or opinions stated in this document do not necessarily represent official OERI position or policy.

"PERMISSION TO REPRODUCE THIS MATERIAL HAS BEEN GRANTED BY

Peterson

TO THE EDUCATIONAL RESOURCES INFORMATION CENTER (ERIC)."

CE061443

ONTARIO PUBLIC HEALTH ASSOCIATION
L'ASSOCIATION POUR LA SANTÉ PUBLIQUE DE L'ONTARIO

frontier college
frontière

2 BEST COPY AVAILABLE

## ACKNOWLEDGEMENTS:

Phase One of The Literacy and Health Project was funded by:

- Ontario Ministry of Skills Development
  Community Literacy Program Unit
- Ontario Ministry of Health
  Health Promotion Branch
- Secretary of State
  National Literacy Secretariat

The Ontario Public Health Association and Frontier College would like to thank these ministries for their support and encouragement throughout the project.

We would like to express our sincere appreciation to Salli Abbott, project manager, and Burt Perrin, project researcher, for their enthusiasm and dedication to the project.

The findings and recommendations found in this report are those of the authors and are no official endorsement by the Ministries is intended or should be inferred.

We would also like to offer special thanks to the participants who provided the wealth of information, ideas and time needed to make the Literacy and Health Project the success it was. Their names are listed in Section IX of this report.

## CREDITS:

- Plain English summary by Mary J. Breen
- French translation by Kathy Wazana
- Cover design by Chris Workman
- Final edit by Eugene Stickland


© 1989 Ontario Public Health Association and Frontier College ISBN 0-929129-00-8

Ontario Public Health Association
468 Queen Street East, Suite 202
Toronto, Ontario
M5A 1T7
(416) 367-3313

Frontier College
35 Jackes Avenue
Toronto, Ontario
M4T 1E2
(416) 923-3591

# The Literacy and Health Project

## Making the World Healthier and Safer for People Who Can't Read

*Phase One*

# A WORD ABOUT WORDS AND PHRASES

Throughout this document, we have tried to be very careful in our use of certain words and phrases when referring to people and how well they read, write or use numbers.

In part, we have taken this care out of respect for people who have trouble reading, writing or using numbers. For this reason, we have not used such words as "illiterates." We do not believe words which describe conditions or abilities should be used to identify people. We prefer phrases which recognize that people are people, not conditions.

We are also concerned that our use of such words as "skills," "levels," or "abilities" may be confusing to the reader. Our experience with this project has taught us that people who currently have trouble reading, writing or using numbers do have the ability to develop these skills. Their problems result more from a lack of opportunity to learn, than an ability to learn.

Finally, we have done our best to avoid discussions which end up "blaming the victim" -- implying that an individual is responsible for his or her problems. The issue involved in the relationship between illiteracy and health are far too complex simply to blame the individual or the system. We must collectively discover ways in which individuals, organizations and society can act responsibly.

# TABLE OF CONTENTS


I. PREFACE . . . . . 1

II. THE SUMMARY REPORT . . . . . 2
Plain English . . . . . 2
Plain French . . . . . 7

III. THE PROJECT . . . . . 13
Introduction . . . . . 13
Project Overview . . . . . 13
Research Phase . . . . . 14
Consultation Phase . . . . . 15
Endnotes . . . . . 18

IV. RESEARCH FINDINGS . . . . . 19
What is Illiteracy? . . . . . 19
Literacy and Health Status . . . . . 20
Direct Impact of Illiteracy on Health . . . . . 22
Indirect Impact of Illiteracy on Health . . . . . 24
Awareness of the Health Problems Resulting from Illiteracy . . . . . 32
The Challenges . . . . . 33
Endnotes . . . . . 35

V. RESPONDING TO THE ISSUE . . . . . 37
A Commitment to Achieve Literacy and Health For All . . . . . 37
A Commitment to Make Environments Healthy and Safe . . . . . 41
A Commitment to Ensure Equitable Access to Information . . . . . 42
Endnotes . . . . . 48

VI. RECOMMENDATIONS . . . . . 49
Government Policy and Action . . . . . 49
Organizational Activities . . . . . 51
Coordinating Body . . . . . 52
Endnotes . . . . . 54

VII. RESOURCES . . . . . 55

VIII. BIBLIOGRAPHY . . . . . 56

IX. LITERACY AND HEALTH PROJECT PARTICIPANTS . . . . . 63

# I. PREFACE

The Literacy and Health Project asked three central questions:

- What is the relationship between literacy and health?
- What is being done to ensure that people who do not read, write or use numbers well live healthier and safer lives?
- What should be done in the future to "make the world healthier and safer for people who can't read?"

The Project has discovered a clear relationship between literacy and health. We have found that people with low literacy skills are more likely to be in worse health than people who are literate. We also discovered that many people do not know about the extent of illiteracy in Ontario and Canada, or of the impact of illiteracy on health.

Through our research and consultations across the province, we have received tremendous support for a range of actions to deal with the issue of health and literacy.

The information in this report describes Phase One of the Project. We start with Plain Language summaries of the report. The findings of our research help develop a greater understanding of the issue. Based on this understanding, we call for commitments and action in three areas:

- achieving literacy and health for all
- making environments healthy and safe
- ensuring equitable access to vital information.

The recommendations at the end of this report prepare the groundwork for the next phase of the Literacy and Health Project. We encourage people to use this document to raise awareness and develop specific plans of action within their organizations and communities.

Project Steering Committee:

| | | |
|---|---|---|
| Peter Elson<br>OPHA<br>Executive Director | Bruce Kappel<br>Frontier College<br>Program Manager | Salli Abbott<br>Project Manager |
| Burt Perrin<br>Project Researcher | Ron Labonte<br>OPHA Board Liaison | |

# II. THE SUMMARY REPORT

Everyone needs to be able to read and write. However, in Canada, thousands of people cannot read or write or use numbers very well. For many of these people, their reading problems can lead to health problems.

*The Literacy and Health Project:*

The Literacy and Health Project was set up to find out how reading and health problems are connected. We called the project "Making the World Healthier and Safer for People Who Can't Read." People from Frontier College and the Ontario Public Health Association worked together on this project.

This report is about the first part of the project. We decided to talk to a lot of people who know about these problems. We also decided to read as much as we could about the issue.

*Who We Talked To:*

We talked to people from many different backgrounds, including:

- teachers, coordinators and students in literacy programs
- social workers
- people who work with the government
- public health nurses, doctors and druggists.

*The Questions We Asked:*

When we talked with these people, we wanted to get answers to these questions:

- Are people who cannot read as healthy as people who can read? If not, why not? In what ways are they not healthy?

- Do health workers, such as doctors and public health nurses, know that many people can't read? Do they understand that not being able to read can cause problems?

- Is most health information hard to read? If it is, how do people who can't read well get health information?

- What is being done about these problems?
- What should be done about these problems?

We talked to people all across Ontario. We wanted information about how reading problems can lead to health problems. In each area we visited, people told us their stories and discussed their ideas with us.

In November, 1988 we held a meeting for people from all over Ontario. We spent two days talking about the health problems of people who can't read very well.

***What We Found Out:***

1. *Health information is hard to read.*

   We found that people who can't read well have a hard time getting the information they need. Most health books and pamphlets are written for people with a lot of education.

2. *People with reading problems have more health problems.*

   We found out that people who can't read well have more health problems than those who can read. We wanted to know why.

   Some health problems are clearly caused by reading problems. For example:

   - Many people can't read the directions on medicines. This can result in problems such as using the wrong medicine or taking too much medicine.
   - Many people make mistakes because they cannot read the instructions on packaged food. For example, if baby formula is not mixed the right way it can cause serious health problems for babies.
   - Many people can't read the written instructions they get from their doctors or nurses. This can affect how they cope with an illness, or how well they recover after an operation.
   - Many people are hurt at work. This is often because they cannot read the warning signs or the safety information.

People with reading problems have certain kinds of health problems more often than people who read well. For example, people with less education don't use seats belts regularly. They don't exercise regularly. They also

smoke more. They don't eat well. They tend to live in places that are less healthy. They tend to work in jobs that are more dangerous.

People who don't read well tend to be poorer. It is much harder to live in a healthy way if you are poor. Good food and good, safe housing are expensive.

We need to prevent these and many other health problems. People who can't read well have the right to be healthy and safe. They have the right to information and services that will help them be healthy and safe.

### *What Happens Next?*

We decided to try to make three things happen:

- We need to make sure everyone has a chance to learn to read and write.
- We need to make sure everyone is healthy, and able to live and work in safe and healthy places.
- We need to make sure that everyone has all the information they need. With more information, people can start making good, safe decisions about their lives. This means that information must be presented in many different ways. Some people will want written information. Others will want tapes or videos. All of this information must be developed with the people it is meant for.

### *Who Needs To Do What?*

Many things need to be done by many different people. Some of these things can be started right away. Other things will take much longer.

1. *People in the government need to work on these problems.*

   Here are some of the things government people need to do:

   - Make people aware of how many people in Canada can't read well. People need to know there is a problem.
   - Make the schools better so everyone can learn to read. Make the schools better so everyone can learn all the skills they need to get good jobs.

- Offer many different kinds of classes for adults. Make sure these classes let adults learn when they want, where they want, how they want, and what they want to learn.

- Make sure that all Canadians have a healthy, safe place to live, and enough money to live on.

- Make sure that all Canadians have good chances at getting jobs that are safe and healthy.

- Make sure that information about how to be healthy and how to avoid getting hurt is easy to read.

- Make sure health information can be understood by anyone who needs it. Make sure workers have job safety information.

- Support and fund community groups because these groups can have very good effects on people's health.

2. *Community groups need to work on these problems.*

   Here are some of the things which community groups need to do:

   - Let people know that people who can't read well have more health problems.

   - Make sure people can get information in different ways.

   - Make sure people understand information when they get it.

   - Make sure that all the information they give out is readable and useful to anyone who needs it. To do this well, people who can't read well must help write the material.

   - Work with government people to do something about these problems.

3. *The Health and Literacy Project needs to keep track of what is being done.*

   Here are some of the things which people working on this project need to do:

   - Make more health workers understand that there are many people who can't read well.

- Send out the information from the project. This information should go to people across the country.
- Work together with other people who are trying to do something about these problems.
- Work with people who work for the government and organizations to do something about these problems.
- Start working on some of the biggest problems where people need information. For example, a group could work on making sure that all drug labels are as readable as possible. Or, another group could work on making sure work places have readable information about safety.

# RAPPORT SOMMAIRE

Tout le monde a besoin de savoir lire et écrire. Pourtant, au Canada, des milliers de personnes ne savent ni lire ni écrire, ni faire du calcul. Pour beaucoup de ces personnes, les problèmes de lecture peuvent mener à des problèmes de santé.

*Le Projet Alphabétisation et Santé :*

Le Projet Alphabétisation et Santé a été lancé pour nous permettre d'apprendre comment la lecture et les problèmes de santé sont reliés. Nous avons intitulé le projet « Rendre le monde plus sain et plus sécuritaire pour les personnes qui ne savent pas lire ». Des gens du Collège Frontière et de l'Association pour la santé publique de l'Ontario travaillent ensemble à ce projet.

Pour la première partie du projet, nous avons décidé de parler avec des gens qui connaissent bien ces problèmes. Nous avons également décidé de lire le plus possible sur la question.

*Avec qui avons-nous parlé ?*

Nous avons parlé avec toutes sortes de personnes, y compris :

- des intervenantes et des intervenants en alphabétisation, des coordonnateurs et des coordonnatrices, et aussi des personnes inscrites dans des programmes d'alphabétisation
- des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux
- des gens qui travaillent pour le gouvernement
- des infirmières de la santé publique, des médecins et des pharmaciens.

*Quelles questions avons-nous posées ?*

Quand nous avons parlé avec ces personnes, nous avons cherché à obtenir des réponses aux questions suivantes :

- Est-ce que les personnes qui ne savent pas lire sont en aussi bonne santé que celles qui savent lire? Sinon, pourquoi pas? De quelle façon est-ce qu'elles ne sont pas en bonne santé?

- Est-ce que les médecins, les infirmières et les autres intervenants en soins de santé sont au courant que beaucoup de gens ne savent pas lire? Est-ce qu'ils comprennent que ne pas savoir lire, cela peut mener à des problèmes de santé?

- Est-ce que la plupart de l'information sur la santé est difficile à lire? Si oui, comment est-ce que les gens qui ne savent pas très bien lire peuvent obtenir de l'information sur la santé?

- Qu'est-ce qui est fait pour essayer de corriger ces problèmes?

- Qu'est-ce qui devrait être fait pour essayer de corriger ces problèmes?

Nous avons parlé avec des gens de toute la province de l'Ontario. Nous voulions de l'information qui explique comment les problèmes de lecture peuvent mener à des problèmes de santé. Dans chaque région que nous avons visitée, les gens nous ont raconté leurs problèmes à eux et ont partagé leurs idées avec nous.

En novembre, nous avons tenu une réunion où nous avons invité des gens de tout l'Ontario. Nous avons passé deux jours à parler des problèmes de santé qui se posent pour les personnes qui ne savent pas très bien lire.

*Ce que nous avons découvert :*

1. *L'information sur la santé est difficile à lire.*

   Nous avons appris que les personnes qui ne savent pas très bien lire ont de la difficulté à obtenir l'information dont ils ont besoin. La plupart des livres et des dépliants sur la santé sont écrits pour les gens qui ont beaucoup d'instruction.

2. *Les personnes qui ont des problèmes de lecture ont davantage de problèmes de santé.*

   Nous avons appris que les personnes qui ne savent pas très bien lire ont davantage de problèmes de santé que celles qui savent lire. Nous avons voulu savoir pourquoi.

   Pour certains problèmes de santé, il est clair que ce sont les problèmes de lecture qui en sont la cause. Par exemple :

   - Beaucoup de gens ne savent pas lire le mode d'emploi des médicaments. Ils courent alors le risque de prendre le mauvais médicament ou d'en prendre trop.

   - Beaucoup de gens font des erreurs parce qu'ils ne savent pas lire les instructions sur les paquets de nourriture. Par exemple, si le lait en poudre pour bébés n'est pas mélangé

comme il faut, il peut causer de graves problèmes de santé pour les bébés.

- Beaucoup de gens ne peuvent pas lire les instructions qu'ils reçoivent du médecin ou de l'infirmière. Cela peut affecter leur attitude envers la maladie, ce qu'ils font pour guérir et comment ils se remettent de la maladie.

- Beaucoup de gens ont des accidents du travail. Souvent, c'est parce qu'ils ne savent pas lire les avertissements et l'information sur la sécurité.

Les personnes qui ont des problèmes de lecture ont, plus souvent que les gens qui lisent bien, des habitudes qui peuvent mener à des problèmes de santé. Par exemple, les personnes qui ont moins d'instruction n'utilisent pas la ceinture de sécurité régulièrement. Ils ne font pas des exercices régulièrement. Ils fument plus. Ils ne mangent pas bien. Ils vivent souvent dans des endroits qui ne sont pas aussi sains. Et ils font souvent un travail plus dangereux.

Les personnes qui ne savent pas bien lire ont tendance à être plus pauvres. Il est beaucoup plus difficile de vivre une vie saine quand on est pauvre. La bonne nourriture et les bons logements sécuritaires coûtent cher.

Nous devons faire quelque chose pour prévenir ces problèmes de santé et beaucoup d'autres. Les personnes qui ne savent pas très bien lire ont le droit d'être en bonne santé et de vivre en sécurité. Elles ont droit à l'information et aux services qui les aideront à rester en bonne santé et à vivre en sécurité.

### *Qu'est-ce qui va se passer maintenant?*

Nous avons décidé d'essayer d'accomplir trois choses :

- Nous assurer que tout le monde a la chance d'apprendre à lire et à écrire.

- Nous assurer que tout le monde est en bonne santé et peut vivre et travailler dans des endroits sains et sécuritaires.

- Nous assurer que chaque personne a l'information dont elle a besoin pour prendre de bonnes décisions, des décisions sûres, concernant sa vie. Cela signifie que l'information doit être présentée de plusieurs façons différentes. Certaines personnes voudront de l'information écrite. D'autres voudront des cassettes audio ou vidéo. Toute cette information doit être rédigée avec l'aide des gens à qui elle s'adresse.

*Qui doit faire quoi?*

Il y a beaucoup à faire, et il faut beaucoup de personnes différentes pour les faire. Certaines de ces choses peuvent être commencées tout de suite. D'autres prendront beaucoup plus de temps.

1. *Les gens du gouvernement doivent se pencher sur ces problèmes.*

   Voici certaines choses que les gens du gouvernement doivent faire :

   - Faire comprendre au monde combien il y a de personnes au Canada qui ne savent pas bien lire. Il faut que les gens comprennent qu'il y a un problème.
   - Améliorer les écoles pour que tout le monde puisse apprendre à lire et s'équiper des aptitudes nécessaires pour obtenir de bons emplois.
   - Offrir plusieurs sortes de cours différents pour les adultes. S'assurer que ces cours permettent aux adultes d'apprendre quand ils veulent, où ils veulent, comme ils veulent et ce qu'ils veulent.
   - S'assurer que toutes les Canadiennes et tous les Canadiens ont un logement sain et assez d'argent pour vivre décemment.
   - S'assurer que toutes les Canadiennes et tous les Canadiens ont la possibilité de trouver un emploi qui ne met pas en danger leur santé et leur sécurité.
   - S'assurer que l'information qui explique comment être en bonne santé et comment éviter les accidents est facile à lire.
   - Appuyer et financer les groupes communautaires car ces groupes peuvent avoir une très bonne influence sur la santé des gens.

2. *Les groupes communautaires doivent se pencher sur ces problèmes.*

   Voici certaines choses que les groupes communautaires doivent faire :

   - Faire savoir au monde que les gens qui ne savent pas bien lire ont plus de problèmes de santé.

- S'assurer que les gens peuvent obtenir de l'information de plusieurs façons différentes.

- S'assurer que les gens comprennent l'information qu'ils reçoivent.

- S'assurer que l'information qu'ils distribuent est facile à lire et qu'elle est utile pour toutes les personnes qui en ont besoin. La meilleure façon de le faire, c'est de demander à des personnes qui ne savent pas très bien lire d'aider à écrire l'information.

- Travailler avec les gens du gouvernement pour corriger ces problèmes.

3. *Le Projet Alphabétisation et Santé doit se tenir au courant de tout ce qui se passe dans ce domaine.*

   Voici certaines choses que les gens qui travaillent à ce projet doivent faire :

   - S'assurer que tous les intervenants en soins de santé comprennent qu'il y beaucoup de personnes qui ne savent pas très bien lire.

   - Envoyer de l'information sur le projet à des gens à travers tout le pays.

   - Travailler avec d'autres personnes qui essaient de faire quelque chose pour corriger ces problèmes.

   - Travailler avec le gouvernement et avec les organismes intéressés pour corriger ces problèmes.

   - Pour commencer, s'attaquer à quelques-uns des plus grands problèmes où les gens ont besoin d'information. Par exemple, un groupe pourrait travailler à s'assurer que toutes les étiquettes sur les médicaments sont très faciles à lire. Un autre groupe pourrait s'assurer qu'il y ait de l'information claire et lisible sur la sécurité dans les lieux de travail.

# III. THE PROJECT

## INTRODUCTION

**24% illiteracy rate**

It is estimated that 24% of adult Canadians require assistance to read, write and use numbers well enough to meet the literacy demands of today's society.[1] Some cannot read or write at all. Excluded from this survey were people under 18, residents north of the 60th parallel, transients, members of the armed forces, natives living on reserves and anyone living in an institution, such as prison, hospital and nursing home. If immigrants who speak neither of the two official languages are also excluded, the illiteracy rate of native-born Canadians is still 22%!

**health and safety**

People need to be able to receive and understand information about their health and safety. Not understanding information may adversely affect a person's health.

With this in mind, the Ontario Public Health Association (OPHA) and Frontier College developed the Literacy and Health Project entitled, "Making the World Healthier and Safer for People Who Can't Read".

Three government departments funded the project: the Ontario Ministry of Skills Development (Community Literacy Program Unit) the Ontario Ministry of Health (Health Promotions Branch); and Secretary of State (National Literacy Secretariat).

## PROJECT OVERVIEW

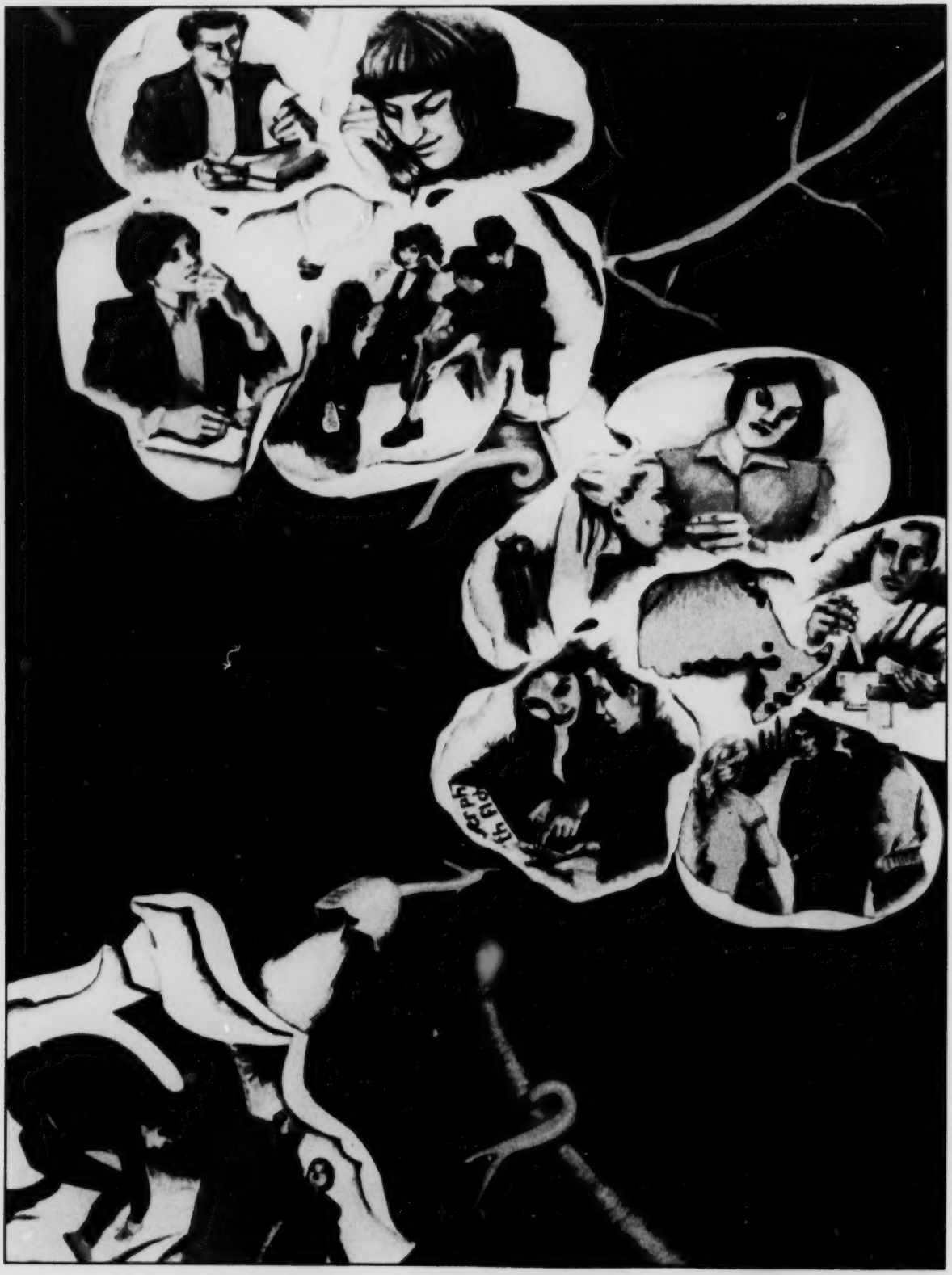
**major health issues**

**network**

**set of strategies**

This nine month exploratory project, set out to explore a number of specific topics. We wanted to identify the major health issues of people with low literacy skills. We wanted to establish a network of organizations and individuals from a variety of disciplines and interest areas, such as literacy, health, social services, medicine, business and government. Our ultimate goal was to develop a set of strategies dealing with the literacy and health relationship.

The Project steering committee developed a work plan and research strategies to meet the project's stated goals. The members of this committee were Peter Elson, OPHA Executive Director; Ron Labonte (who replaced Carol Farkas), OPHA Board Liaison; Bruce Kappel, Frontier College Program Manager; Salli Abbott, Project Manager; and Burt Perrin, Research Coordinator.



## RESEARCH PHASE

The purpose of the research was to document the relationship between literacy and health. We explored questions such as:

**poorer health?**

- Do people with limited literacy skills have poorer health as a result? In what ways? Why?

**awareness?**

- How do people with limited reading ability obtain their information about health? How appropriate are health and medical services information for them? How aware are health and medical workers of health problems associated with illiteracy?

**solutions?**

- What are the potential solutions and means of addressing these problems?

From June to September 1988, information was collected from several sources to answer these questions.

### *Observations of Community Organizations about Health and Literacy Problems:*

A questionnaire was sent to a variety of contacts in Ontario including public health units, community health centres, district health councils, community literacy groups and others asking about their familiarity with health problems related to illiteracy, as well as ideas for solutions.

**health problems and approaches**

The response was overwhelming, both in quality and quantity.[2] Many respondents had personal experience with health problems related to illiteracy and were very appreciative of the opportunity to express their thoughts on the subject. They offered many specific examples of health problems and approaches which have been tried to overcome them.

### *Literature Review:*

**information**

**statistical data**

We conducted a comprehensive review of published and unpublished information from Canada and abroad. We also reviewed statistical data about health status from surveys and other sources.[3]

We uncovered much relevant information from a variety of sources. However, the information was scattered, and little systematic attention had been paid to the relationship between health and literacy. In some cases, sources containing relevant data (e.g. some surveys of health status) had not considered the use or implications of their data with literacy.

To the best of our knowledge, this study represents the most comprehensive examination to date of the relationship between literacy and health.

*Case Studies:*

We conducted three case studies at different sites in Ontario. One was with a rural multi-service centre, one with a community health centre, and the third with a literacy program. The purpose was to investigate some of the issues we had identified elsewhere in a small number of settings. These involved group and individual interviews with people associated with each site, including staff and learners where possible.

*Key Informant Interviews:*

We conducted a number of interviews with knowledgeable people throughout Canada and beyond -- individuals or researchers personally familiar with the area or who could refer us to other persons or to relevant documentation.

There was a high degree of consistency in the information gathered. The responses to the letters and case studies largely confirmed the statistics and research findings reported in the literature we had examined.

## CONSULTATION PHASE

The presentation and discussion of the research findings began in October, 1988. The consultation process involved regional workshops across Ontario, a two-day provincial workshop and a strategy meeting.

*Regional Workshops:*

During October, 1988 regional workshops were conducted in Hamilton, Ottawa, Toronto, Thunder Bay, Sudbury, Kitchener-Waterloo and London. The objectives of the workshops were to:

**clarify and expand research**
- clarify and expand upon the research to date

**observations**
- identify specific examples and observations of literacy-related health issues

**solutions**
- identify current and potential solutions

**build a constituency**
- build a constituency for on-going action.

There were approximately fifteen participants at each workshop representing people working in the literacy, health, pharmaceutical and social service fields. These individuals were selected on the basis of their understanding of the connection between literacy and health and their involvement with the issue. Some participants had completed the research questionnaire. Others were new to the project.

Although each regional workshop used the same format, there were some differences in the dialogue. For discussion purposes, the workshops focused on four sets of issues:

- drug use
- use of services and information
- parent and child health
- environmental health and safety.

**broader social context**

Some participants took the discussion to a much broader social context -- making connections between illiteracy and poverty, inadequate housing and unemployment. Some participants were more active in the community than others in tackling the literacy-related health issues.

*Provincial Consultation:*

**development of strategies**

On November 28 and 29, 1988 in Toronto a provincial consultation took place. Sixty individuals from the literacy, health and social service communities, as well as representatives from the federal and provincial governments were brought together. The first day was spent reviewing the research findings and devising strategies to deal with specific issues. The second day involved looking at the issues in a larger social context. This led to the development of strategies with the aim of improving the situation in a concrete way.

*Strategy Meeting:*

**synthesizing information**

**areas for action**

**recommendations**

The Project steering committee took on the task of synthesizing all the information gathered throughout the research and consultation processes. Areas for action and recommendations with accompanying strategies were drawn from the data gathered. This information was sent to a strategy team, made up of eleven interested individuals who had participated at one of the regional workshops and/or at the provincial consultation. The strategy team met on February 17th, 1989 to consolidate the recommendations and establish a structure to move the project forward into its next phase.

*Special Populations:*

The consultation process made it clear that certain groups -- such as Natives, franco-Ontarians, people with disabilities, senior citizens and immigrants -- have unique concerns about literacy and health and require focused attention. We propose in Phase Two to sharing with each group the information gathered and to provide support so they can deal with their own issues and circumstances.

# ENDNOTES

1. Southam "Literacy in Canada" Survey, 1987.

2. We received a total of 107 responses to our initial mailing of 368 letters. This represented a response rate of 18% from community literacy groups and 65% from public health units.

3. A complete list of papers and documents reviewed is contained in the Bibliography.

# IV. RESEARCH FINDINGS

## WHAT IS ILLITERACY?

**comprehension**

The concept of literacy is relative. Literacy exists in degrees. There is no distinct cutoff point between literacy and illiteracy. Literacy involves more than simple reading (or decoding) of words. It includes skills of comprehension, understanding and verbal reasoning ability.

The research of Eisemon[1] and others has indicated, understanding or literacy is further influenced by one's familiarity with the context or "prior knowledge" of an area. For example, a report about immunization may be incomprehensible to a person with no prior knowledge about microorganisms. This broader view of literacy has implications both for the presentation and understanding of health information.

**"basic illiteracy"/ "functional illiteracy"**

**information-based economy**

"Basic illiteracy" is the total inability to read or write. More common is "functional illiteracy" -- a lack of sufficient reading, writing and numeracy skills to get by in everyday life. The concept is intentionally relative – the knowledge and skills an individual must possess to be able to cope are related to the demands of a particular society or community. These demands can and do change. With the shift away from a manufacturing to

an information-based economy, increasingly higher levels of reading, writing and numeracy skills are required even for many entry-level jobs.

The Southam *Literacy in Canada* study, completed in 1987, measured literacy ability through the use of reading assessment tasks. According to Southam, 24% of Ontario adults are functionally illiterate. 20% of Canadian-born Ontarians (excluding all immigrants) are illiterate.

However, few direct measures of literacy are available. Functional illiteracy is most commonly defined by the Unesco guideline as less than grade 9 education. According to this criterion, 19% of Ontario's adults are functionally illiterate.

The Southam study identified "false illiterates" -- persons who were functionally literate but with less than grade 9 education -- as well as "false literates" -- persons who were not functionally literate even though they had more than grade 9 education. While grade level is not always useful for determining the literacy level of a given individual, it only slightly underestimates, by about 5%, the literacy rate of a community or society. In spite of its shortcomings, grade level is still a useful indicator. Literacy has been assessed using the grade level method in most of the research studies reported in the literature.

Our study focused on illiteracy rather than on the inability to speak or read English or French. Two other issues are related and important:

- We also found that people such as immigrants, illiterate only in their mother tongue, had similar health problems.

- Written and oral communications which fail to take into account the cultural or sub-cultural background of the intended audience also contribute to a failure in understanding.

## LITERACY AND HEALTH STATUS

The initial purpose of this study was to identify specific health hazards that result from a limited ability to read. Our findings demonstrate that virtually all health-related aspects of people with limited literacy skills are worse than for others.

**poorer self-reported health status**

One of the most commonly used indicators of health is self-reported health status.[2] The Health Promotion Survey found that 27% of those with elementary school education or less rated their health as fair or poor. For those with some high school only 17% reported their health as fair or poor. For those who had graduated

from high school, the figure dropped to 9%; some post-secondary education -- 8%; community college completed or a university degree -- 6%. Very similar findings of self-rated health have been found in other surveys.

**greater activity limitation**

Another measure of health is activity limitation.[3] 26% of persons with elementary school or less reported an activity limitation, compared to 16% for those with some high school and 11% for those with a university degree.

**higher rate of accidents**

Some activity limitation is the result of an accident. We found that people with limited education also have a higher rate of accidents, not only at the workplace but also at home and in the community.

Many other factors in addition to illiteracy or limited education are also associated with poor health. These include age, income and environmental concerns. To what extent might the health effects associated with illiteracy and education level actually be a result of one or more of these other factors? To what extent might illiteracy result from poor health, rather than the other way around?

**literacy major variable affecting health**

A variety of studies have explored the relative contribution to health of a wide range of variables, and all have shown that literacy or education is the major variable affecting health. To give one example, Leigh

examined some 20 other factors and concluded that: "Years of schooling persists as a predictor of good health regardless of which other variables enter the equation or in what manner health is measured."[4]

Particularly dramatic is a report of the World Bank on the effects of education on health.[5] *The report indicates that literacy is the most important variable associated with mortality, even more so than income and food intake!*

## HOW IS ILLITERACY RELATED TO POORER HEALTH?

Does illiteracy lead to poorer health? It is clear that there is no simple answer to this question. The nature of the impact is complex. It appears that illiteracy has an indirect affect on health as well as a more pronounced direct affect. Some of these factors are discussed below.

## DIRECT IMPACT OF ILLITERACY ON HEALTH

In the literature we surveyed, there is limited information indicating the direct impact of illiteracy on health. On the other hand, the responses of community health and literacy workers to our questionnaire, as well as the case studies we conducted, enabled us to identify numerous examples of health problems, often severe enough to require hospitalization, directly related to illiteracy. The following are specific examples of the types of problems reported.[6]

### *Incorrect Use of Medications:*

**lack of understanding**

**inability to read**

Just about half the respondents to our questionnaire indicated an experience with incorrect use of medications, or a lack of understanding instructions about proper use of medications. This involved both prescription drugs as well as over-the-counter (OTC) medications. Errors due to an inability to read instructions have resulted in overdoses and in mixing up different medications. Some of these errors were serious:

> *Inappropriate administration of medication -- both OTC and prescription. Clients go by colours and are confused if brand changes and pills change colour. Can't read directions, so underdose or overdose with adverse effects.*

> *Geriatric patient admitted to hospital with overdose of sleeping medication -- couldn't read English or mother tongue and couldn't differentiate medications or remember when to take them -- an accidental overdose.*

*Client with epilepsy couldn't distinguish medication -- thought they were all vitamins and couldn't understand why she was taking them.*

*Not Following Medical Directions:*

We were given a number of examples of persons who would not comply with medical directions, due to inability to read written instructions or because verbal instructions were not presented in a way in which they could be understood. Examples we were given included:

**lack of compliance**

**lack of comprehension**

*Diabetics who were not following prescribed treatment, who were not taking insulin, or who could not read food labels in order to avoid foods containing sugar.*

*Surgical procedures and test results may be poor or faulty because of incorrect patient preparation -- instruction sheet too difficult to follow and not comprehended or complied with.*

*Forty-eight year old man had coronary condition -- couldn't read instruction sheets re special medical procedures given by doctor.*

*Family discontinued use of contraceptive practices -- no understanding of concept and couldn't read instructions/literature.*

*Errors in Administration of Infant Formula:*

**misuse**

13% of the respondents to the questionnaire spontaneously identified misuse of infant formula:

*Unable to read directions on baby formula.*

*Mothers not diluting concentrated formula and others diluting ready-to-feed formulas -- babies at risk.*
*Illiterate couple with bottlefed baby. Baby was "fussy" so father changed formula and gave baby almost undiluted carnation milk and then changed to whole milk -- changed formula four times. Baby became very dehydrated and had to be hospitalized.*

*Young student in literacy group was about to give newborn baby Enfalac straight out of the can because she couldn't read instructions to mix it with water.*

*Safety Risks*:

**inability to read and comprehend safety warnings**

These include the inability to read and comprehend safety warnings, particularly at the workplace. While no quantitative evidence about the incidence of accidents in

which illiteracy has been a direct cause is available, some examples serve to illustrate problems which have arisen. The Advisory Council on Occupational Health and Occupational Safety cites the following examples:

> *A worker who was unable to read was newly recruited to a construction site and was asked to obtain boots for the worksite. The boots purchased outwardly resembled those worn by other workers but, having no steel plate insert, subsequently played a part in an injury to the worker's foot.*
>
> *A worker was injured when handling chemicals that had safety instructions on the label, which he was unable to read.*
>
> *A pictorial instruction material demonstrating "how not to" carry out a task was interpreted as a "how to" instruction and the result was an increase in accidents.*

But not all safety risks are in the workplace. One respondent to the questionnaire gave the following example:

> *One learner had her child taken away from her because her baby became ill after playing in polluted water. The Children's Aid accused the mother of neglecting to read the warning signs posted in the area. The mother was too ashamed to say that she couldn't read.*

## INDIRECT IMPACT OF ILLITERACY ON HEALTH

Health problems such as those indicated above, resulting directly from an inability to read, are significant and dramatic. However, a striking finding from our research is that these direct impacts represent just the tip of the iceberg.

It is apparent from the research and our own data that the major impact of illiteracy on health status occurs indirectly. For example, as Leigh has indicated: "Evidence from two national surveys indicates that the indirect dominate the direct effects. . . . In terms of statistical significance, smoking, exercising and choice of occupation appear to be very important intervening variables between schooling and health."[7]

**greater indirect impact**

Illiteracy leads to poor lifestyle practices, stress, unhealthy living and working conditions, and results in lack of access to health information and to inappropriate use of medical and health services. It also frequently results in unemployment and in poverty. These factors,

in turn, have major detrimental impacts on health, as briefly outlined below.

*Healthy Lifestyle Practices:*

**unhealthy lifestyle behaviours**

People with limited literacy skills are more likely than are others to take part in a wide range of unhealthy lifestyle behaviours, and less likely to engage in preventative measures.

For example, people with limited literacy, in comparison with others:

- smoke more
- have poor nutrition
- drink more coffee
- are less likely to engage in regular physical activity
- do not use seatbelts
- among women, are less likely to practice breast self-examination and to obtain pap smears
- are less likely to ever have had a blood pressure check
- are less likely to have a fire extinguisher, smoke detector, or a first aid kit at home.

These findings are consistent across a wide variety of surveys and research studies. They have been confirmed by respondents to our own survey. In addition to risky

lifestyle behaviours in a number of situations, people with limited literacy skills are also less likely to be aware of the importance of healthy practices.

Indeed, as Canada's Health Promotion Survey and other major surveys have found, about the only major risk factor where people with limited literacy were not worse off was with respect to drinking. People with higher levels of education drink more in total, are more likely to drink to excess and to drive after drinking.

The impact of these risk factors on health is well documented. Some researchers feel that the unhealthy lifestyle practices, and failure to practice preventative medicine, may be one of the major reasons for the poor health status of people with limited literacy skills.

**avoid "blaming the victim"**

**limited opportunity**

When considering the lifestyles of people with limited literacy, one should be careful to avoid "blaming the victim." For many reasons people with low literacy have limited opportunity to make informed choices about their own lifestyles.

*Literacy and Poverty:*

The impact of poverty on ill health has received considerable research attention and is well documented.

**health inequalities**

**die younger**

**ill more often**

**fewer years of life that are disability free**

The Black Commission in the United Kingdom documented health inequalities among people of low income. There has been considerable documentation in Canada as well of health inequities among the poor. For example, a background study for the Social Assistance Review Committee (SARC)[8] documented the relationship between poverty and health status, presenting evidence that poor people: die younger, are ill more often and have fewer years of life that are disability free.

**higher mortality and morbidity**

The National Anti-Poverty Organization, in a review of community-based literature, found "an inexorable link between low income and higher mortality and morbidity"[9] and a surprising consensus that health inequities created by poverty result from hunger/malnutrition, unhealthy environments, and from stress. Labonte[10] has also explored some of the mechanisms whereby lower socio-economic status leads to poor health.

**education is basic prerequisite**

To what extent are health problems attributable to illiteracy rather than to low income and poverty? While the lack of education and literacy skills is not the only reason for poverty, it clearly is the major factor. Education is a basic prerequisite in most cases to enable a person to obtain employment and sufficient income to avoid or to escape poverty.

**low-paying, low-skilled, marginal jobs**

Over half of all social assistance recipients in Ontario are functionally illiterate. Only 40% of Ontarians with less than grade nine are employed; 55% are not even in the labour force. And those functionally illiterate people who are employed are more likely to be working in low-paying, low-skilled, marginal jobs with poor job tenure. These and other factors have led the Social Assistance Review Committee to conclude that: "a basic level of literacy and numeracy is a prerequisite for almost any job."[11] This is backed up by Rea, who states: "Quite simply, it will be considerably more difficult for an illiterate or semi-literate to find gainful employment in an increasingly information-based economy."[12]

Not only are literacy skills required to obtain almost any job which would pay enough to permit a person to live above the poverty line; but many training programs have educational prerequisites of grade 10, 11 or 12. Thus functionally illiterate persons cannot even qualify for admission to training programs, including the Employment Support Initiatives Program of the Ministry of Community and Social Services. These are specifically designed to assist social assistance recipients in acquiring skills to achieve independence.

We do not intend to minimize the direct influences of poverty itself on ill health. On the contrary, poverty directly affects health in many ways. It is clear that the effects of illiteracy, poverty and health are related and interdependent. To a large extent poverty results from illiteracy and limited education, and so do the health problems associated with it.

*Stress and Low Self Esteem:*

Both the literature review, our questionnaire and case studies highlight the connection between illiteracy, stress, and ill health.

**high level of stress**

**less self-confidence**

People with limited literacy skills tend to be under a high level of stress and to have less self-confidence. It is difficult to function in a world where the ability to read is taken for granted and a requirement for many basic day-to-day activities. One must "make do" without information available to those with better literacy skills. This leads to frustration, anger, and feelings of shame. People with low self esteem also find it more difficult to seek and find employment or to socialize with others. This leads to even greater stress and increased risk of health problems.

**vulnerability**

**lack of control**

Inability to read well enough to meet society's literacy demands results in feelings of vulnerability and lack of control over one's life. This vulnerability is very real. Jobs which are open to people with limited literacy skills

generally are of low status and of limited tenure, and give employees little say over working conditions. And people on social assistance are perceived by society -- and often by themselves -- as having given up their independence. Resulting poverty brings on additional stress. The National Anti-Poverty Organization has identified stress as the major health hazard affecting people living in poverty.

*Dangerous Work Environments:*

**more occupational injuries**

**jobs more hazardous**

While conclusive data is not available, it appears that people with limited literacy skills have a higher than average rate of occupational injuries. This appears to be mainly because the types of jobs open to them are more likely to be hazardous. A disproportionate number of persons who are functionally illiterate are employed in primary, resource and construction industries. Accident rates in these industries are well above the average across all workplace settings.

In addition, much information about occupational health and safety is available only in written form.[13] One study of literacy students[14] found that:

- almost all participants had the need to read material related to occupational health and safety and that all had experienced some difficulty in doing so

- most ignored instructions they could not read
- only about one-half had been provided with oral explanations of jobs.

Furthermore, people with limited literacy skills are less likely to be aware of the existence of dangers at the workplace and of their rights under occupational health and safety legislation. If they are aware, workers are unlikely to be in a position to assert their rights.

As the Advisory Council on Occupational Health and Occupational Safety indicated:

> *Practical difficulties in finding and obtaining employment, fear of losing one's job if lack of literacy is discovered, limited job options and lack of confidence can be expected to inhibit the illiterate worker from speaking out and from effectively participating in the resolution of health and safety problems in the workplace. Those who are functionally illiterate tend to be operating from a position of social and economic disadvantage, and the "stigma" associated with illiteracy may cause the illiterate to hide an inability to read, write or comprehend written material or to fail to seek help.*

**presence of hazards**

**insufficient or inappropriate instruction or training**

The available evidence, as Ramirez[15] suggests, is that it is the job and not the worker who is dangerous. As the Advisory Council indicated: "The cause lay rather with the presence of hazards in the workplace and/or insufficient or inappropriate instruction or training."

*Access to Health Information:*

*Reading Information*

**inaccessible**

A great deal of health information is in written form and hence inaccessible to people with limited literacy abilities. This includes information from health and social services organizations, as well as from the popular press and other sources.

**major vehicle used**

The written word is the major vehicle used by health agencies for transmitting information about health care and health lifestyles. Thus this information is inaccessible for people who cannot read.

**simplified language**

There has been increasing recognition within the health community that much of the written material available may be overly complex, and should be prepared using more simplified language. This developing interest in readability will expand the accessibility and usefulness of written materials to many people.

*However, many others still cannot or will not read any written information, no matter how simplified the language.*

*Understanding Information*

**translations not readily understandable**

There are increasing attempts to provide translations of a number of brochures into other languages. However, we have been told that many of these translations are overly complex in the language to which they are translated and hence are not readily understandable.

**adapt rather than translate**

Much health information, in whatever form, may be culturally inappropriate. Material needs to be *adapted* rather than *translated* for it to be meaningful and understandable.

**use of complicated symbols**

Use of symbols has sometimes been suggested to communicate with people who have limited reading skills. However, many symbols are also incomprehensible. Generally the more abstract a symbol is, the less likely it will be understood. As with words, the meaning of a symbol to an individual is related to previous experience with the symbol and the context in which it applies. For these reasons, it appears that symbols may be even less meaningful for people with limited literacy skills than for others.

**limited vocabulary**

Literacy involves not just the simple decoding of written words. More importantly, it involves comprehension and

**limited prior knowledge of health**

understanding. If health messages of any form are to be understood, basic principles of communication must be followed. This involves adapting messages to fit the context of the person's life, and may involve checking the actual knowledge acquired. People with limited literacy skills tend to have a limited vocabulary and limited prior knowledge of health.

Unless these factors are taken into account, even verbal directions from health practitioners to people with limited literacy are frequently impossible to understand. Written materials are also used frequently by health practitioners as backup or reminders to verbal directions. For people who cannot read, this is not an option open to them.

**misinformation**

As a result, it is hardly surprising that many people with low literacy skills have a limited understanding of health issues, and often acquire considerable misinformation. To be sure, the impact of health information on actual health behaviour and on health status has not been well evaluated. But health promotion efforts have been credited with recent improvements in health practices among the general population. For example, information on smoking has decreased the numbers of smokers and nutrition information has improved dietary practices. To the extent that written health information has value, then the inaccessibility of this information to persons with limited literacy can only have a negative effect on their health.

*Lack of Use or Inappropriate Use of Medical and Health Services:*

**locating health services**

There is considerable documentation that many people with limited literacy skills don't know where to go for health services. Many people don't know what community or health services are available. If they do know which services exist, they don't necessarily know how to get access to them. We heard of examples of people who did not have OHIP -- some could not fill out the necessary forms to qualify, some didn't know about the premium assistance plan, while some were not aware of OHIP at all!

One case reported to us (through our questionnaire) concerned a young boy who fell and cut his forehead near the eye. His mother was new in town, did not know where the hospital was located, and was unable to use the telephone book. As a result, the boy did not receive immediate attention and almost lost his eye.
Others may be afraid or embarrassed to ask for help. As one health worker indicated in her response to the questionnaire:

*Clients' self-consciousness about not knowing how to read is a major problem. They are shy about asking the doctor or social worker to explain to them the instructions on prescriptions, the terms of their ailments. . . They prescribe over-the-counter medicines for themselves based on the recommendations of friends.*

**keeping track of appointments**

**following directions**

Illiteracy also leads to inappropriate use of medical services and care. For example, people with limited literacy skills sometimes have difficulty keeping track of appointments or following directions. In at least one case of which we were made aware, surgery had to be postponed because of a patient could not read the hospital's pre-admission directions.

**neglect preventative care**

Some people over-react to perceived health problems, and others make unnecessary use of hospital emergency services. But in many other cases, people with limited literacy skills, for a variety of reasons, neglect preventative care and wait to seek medical help until a health problem has reached a crisis state. As Leigh[16] has indicated, education enables wise use of medical care.

Compliance with medical directions may be poor among people with limited literacy skills. This is partly because of the inability to read or understand written instruction sheets or prescriptions. More often, it is a result of lack of understanding of verbal directions, due to the failure of medical workers to present information and direction so that it can be understood.

## AWARENESS OF THE HEALTH PROBLEMS RESULTING FROM ILLITERACY

**lack of awareness**

Many people within the public health and literacy communities are aware of the potential impact of illiteracy on health. The responses to our questionnaire from public health units to our questionnaire indicated that many public health workers are aware of the problem, and have thought about it and are struggling to deal with it. Many public and community health workers gave us specific examples of literacy-related health problems, and approaches they have taken to attempt to combat these.

**feelings of isolation**

However, these same respondents indicated that they feel isolated. They appreciated the opportunity to talk about their encounters with illiteracy. For many, this was their first opportunity to discuss the topic. Others felt that they were one of a very few that understood the nature of the problem.

**few understand problem**

But many others -- 20% of those who responded to the questionnaire, and probably many of the others who

chose not to -- indicated that they are not aware of the relationship, if any, between literacy and health. This was reflected in

- an interest in knowing more about the literacy and health issue
- an admission that little thought had been given to the issue
- outright denial that illiteracy could lead to health problems
- one respondent who claimed that health problems were not a function of illiteracy, but rather of *lifestyle*.

It appears that most people do not understand the full extent of illiteracy in our society. A survey by Westmount Research[17] found that only 11% of Canadians were able to estimate correctly how many people are lacking in literacy skills. While there is no data about awareness among health workers, all indications are that they similarly fail to comprehend the magnitude of the literacy problem.

One of the top three suggestions among respondents to our questionnaire was to enhance awareness of health care professionals about the problems of illiteracy and how they should respond.

*Awareness of What To Do:*

**disguising illiteracy**

**recognizing illiteracy**

Many people who cannot read go to considerable effort, for good reasons, to disguise their illiteracy from everyone, including health workers. In response to our survey, many health workers indicated the need for training about recognizing in a tactful manner when illiteracy is a factor, and how to respond appropriately.

Some medical and health workers disclaim any responsibility on their part.[18] It is apparent that most professionals in the health area are simply not aware of the problem of illiteracy or the fact that many persons disguise their inability to read or to understand. Nor have they considered that "lack of compliance" may be no more -- and no less -- than the inability to read or to understand complex verbal directions.

## THE CHALLENGES

People with low literacy skills face a number of challenges:

**opportunities**

- Many recognize that they do not read well enough to understand a great deal of information that is important to them, and they want to learn to read

better. *Canadians should have the opportunity to learn to read better.*

**able to get and use information**

- While some people have low literacy skills, they still must have access to vital information. *Regardless of whether or not people can read well, they should be able to get and use information that is important to their health and safety.*

**need healthy and safe environments**

- Limited options make it difficult for people with low literacy skills to use the information they do possess. For instance, someone who knows how to eat well still has trouble doing so if there is not enough money to buy food. *Regardless of how well people read, and how much information they have, they should be able to live, learn, and work in environments which promote their health and safety.*

# ENDNOTES

1. See T. O. Eisemon, *Benefitting from Basic Education, School Quality and Functional Literacy in Kenya*, (Oxford: Pergamon Press, 1988).

2. The question used on the Health Promotion Survey was: "In general, compared to other persons your age, would you say your health is excellent, very good, good, fair or poor."

3. The question asked on the Health Promotion Survey was: "Are you limited in the kind or amount of activity you can do because of a long-term physical condition or health problem?"

4. J. P. Leigh, "An Empirical Analysis of Self-reported, Work-limiting Disability," in *Medical Care*, (1985: 23,4), p. 318.

5. See S. H. Cochrane, D. J O'Hara and J. Leslie, *The Effects of Education on Health* (Washington, D.C.: The World Bank, 1980), Working Paper No. 405.

6. All quotations in this section are from the responses to the questionnaire, unless otherwise indicated.

7. J. P. Leigh, "Direct and Indirect Effects of Education on Health," in *Social Science Medicine* (1983: 17,4).

8. See M. Harding, "The Relationship Between Economic Status and Health Status and Oppoortunities: A Synthesis" (Toronto, Ontario: The Ontario Social Assistance Review Committee, 1987).

9. H. Echenberg, National Anti-Poverty Organization, "Working Summary of Community-based Literature on Health Inequities" (Ottawa, Ontario: Health Service and Promotion Branch, Health and Welfare Canada, 1987).

10. R. Labonte, "Concepts, Research and Strategies Related to Social Support and Surplus Powerlessness (*Heart Health Inequalities Workshop Report*, December 3, 1987).

11. Report of the Social Assistance Review Committee, *Transitions* (Toronto: Ontario Ministry of Community and Social Services, 1988).

12. B. Rea, *Adult Literacy and the Workplace* (Interim Report: Phase II, 1986).

13. The new Workplace Hazardous Materials Information System is just one example.

14. The quotations on this page are taken from The Advisory Council on Occupational Health and and Occupational Safety, *Seventh Annual Report* -- April 1, 1984-March 31, 1985 (Toronto: Ontario Ministry of Labour).

15. See R. Ramirez, "The Relationship between Illiteracy and Accident Occurrence," Proceedings of the 10th World Conference on the Prevention of Occupational Accidents and Diseases (1983), pp. 165-66.

16. See J. P. Leigh, "Direct and Indirect Effects of Education on Health."

17. Canadian Business Task Force on Literacy, *Literacy Public Opinion Survey*, (Toronto: Westmount Research Consultants Inc., 1986).

18. The questionnaire responses and the case studies suggest the presense of viewpoints such as:
    - "It's a job for the education sector, not for health workers."
    - "If people don't understand what I say, it's not my problem -- I don't have time to explain everything in simple language."
    - "It's the job of the health educator -- not for me to worry about."

    However, it is.

# V. RESPONDING TO THE ISSUE

Three types of action are required to address the different kinds of relationships between literacy and health and the various challenges that people with low literacy skills face. These three crucial areas of action are:

- a commitment to achieve literacy and health for all
- a commitment to make environments healthy and safe
- a commitment to ensure equitable access to vital information.

**coordinated and complimentary action**

These commitments cannot occur in isolation of each other. Action must be coordinated and complimentary in order to make the world healthier and safer for people who can't read.

## A COMMITMENT TO ACHIEVE LITERACY AND HEALTH FOR ALL

All Canadians need to read, write, and use numbers well enough to meet the literacy demands of today's society. People need to have control over and improve their health. Particular attention should be directed to increasing the ability of Canadians to understand information which is important to their health and safety.

The research and consultation process purposefully did not address issues related to improving the quality of the public school and health care systems in Ontario. But what became very clear during the process was that both needed improvement.

**teaching people to read**

Many respondents to our questionnaire, as well as researchers in the area, have said that the best way of addressing the health problems associated with illiteracy is by teaching people to read. A number of medical economists, including Slater and Carlton, indicate that: "Each additional dollar spent on education reduces mortality more than each additional dollar spent on medical care."[1]

A commitment to literacy means at least two things:

**effective and useful education**

- Making sure that young people learn to read, write and use numbers. This means ensuring all children receive an effective and useful education.

**provide opportunity**

- Many adults have never had an appropriate opportunity to become literate. Action must be taken to provide that opportunity. Today, about

24% of adult Canadians are not able to read, write, and use numbers well enough to meet the literacy demands of today's society. A commitment to moving from this situation to one of a literate Canada is critical. It will take time.

A commitment to achieve health for all means:

**reduce health inequities**

- Finding ways to reduce inequities in the health of people in different income groups, geographic groups (including rural and urban disparities), and cultural backgrounds. Searching for health policies and actions which can reduce health inequities is a major challenge.

**prevention**

- Finding new and more effective ways of preventing the occurrence of injuries, illnesses, chronic conditions and their resulting disabilities. Prevention involves identifying the factors which cause a condition, and then reducing or eliminating them.

**enhancing people's ability**

**community support**

- Enhancing people's ability to manage and cope with chronic conditions, disabilities and mental health problems. The challenge is to provide the skills and community support needed to improve the quality of life.[2]

*Barriers:*

Many people with low literacy skills want to improve their skills, but are unable or unwilling to do so for a number of reasons. For these same reasons, people with low literacy skills may or may not take advantage of the health care system available to them:

- The accessibility of programs and services in communities at times and places and with the supports required. Many communities do not have literacy programs. Many literacy programs are not able to respond to the demand. People who are working and raising families often do not have sufficient time to engage in ongoing education programs. Adults with child care responsibilities often require child care supports.

**learning styles and preferences**

- The learning styles and preferences of individuals vary considerably. Frequently, available literacy programs offer only one approach. The program is not accessible if this approach does not match the learning style of the individual.

**stigma of illiteracy**

- The stigma of illiteracy. We know from the Southam Literacy Survey that many adults who have low literacy skills will not take advantage of

programs. In part, this is because people are embarrassed or feel badly about themselves because they cannot read, write or use numbers well enough. There are other reasons. Clearly, many people believe they have developed other ways of coping which, they feel, means they do not have to develop their own skills. They rely on other people and other methods to get the information they need.

*Strategies:*

The implications of these factors are far-reaching. The following strategies were suggested by participants in the research process, the regional workshops and the provincial consultation:

**increasing the capacity**

- Increasing the capacity (the size and number) of literacy programs to respond to the number of people who want and need support.

**expanding the range of settings**

- Expanding the range of settings in which literacy programs are available in each community, so that individuals can take advantage of opportunities in environments which are more responsive to their preferences. A diverse range of settings would include community programs with a range of affiliations and locations.[3] Individuals would have choices of individual or group tutoring in places which are convenient and comfortable for them.

**expanding the range of approaches**

- Expanding the range of approaches to literacy which are available in each community. A diverse range of approaches would include curriculum-based and individual and/or family-based. It would also include approaches which help learners focus on a broad range of topics so they can be better informed about specific matters such as a new work responsibility, a child's health, their legal rights, and so on.

**expanding the supports and opportunities**

- Expanding the supports and opportunities available to individuals so they can move in and out of education programs throughout their lives. There are many different types of supports which are required, ranging from child care to the ability of an individual to attend programs which are close to home or work. Financial assistance would support individuals to further their education while they continue to meet their other obligations at home or work, or so they can be relieved of those responsibilities for periods of time.

**"watchdog" role**

- A committee on literacy and health needs to be formed to take a leading "watchdog" role. Developing a READ Team that would help groups

Review, Evaluate And Develop appropriate materials and programs for people with low literacy skills.

**literacy criteria**

- Government and foundation grant and contribution programs need to incorporate specific criteria ensuring that literacy has been considered.

**alternative means of communication**

- Guidelines need to be established for creating readable and useful information and for encouraging alternative means of communication other than print.

**lifelong learning**

- The creation of a major shift in the education system to allow for lifelong learning. This would establish a drop-in/drop-out philosophy allowing people to acquire the skills they need when they need them.

**increasing the awareness**

- Increasing the awareness among health, medical and social service workers of the incidence of illiteracy and how it can affect the health of a large number of people. The existing health care system in many respects perpetuates rather than attempts to minimize the systemic barriers resulting in unequal health services and unequal health outcomes.

**reduction of health inequities**

- A commitment by the health and medical communities to the reduction of health inequities. This requires action on the individual level, for example in the provision of appropriate and culturally sensitive health services for disadvantaged people, including people with limited literacy skills.

**re-directing the philosophy**

- Re-directing the philosophy of the medical model from curing people to preventing illness and promoting health and safety. A re-aligning of funding would need to occur to reflect this prevention and promotion orientation. This in turn has implications for restructuring the way health services are organized and provided and for changes in health priorities.

**recommended changes in health services**

Limitations in our current approach to health care have been well documented. So have needed changes. For example, three major reports on the health care system in Ontario have recommended major changes in the manner in which health services are provided.[4] Health and Welfare Canada's framework for health promotion, *Achieving Health for All,* is also dedicated to the reduction of health inequities. The Ontario Public Health Association recently identified the reduction of health inequities a priority.

**non-medical interventions**

**healthy public policy**

**making workplaces safer**

**improving living conditions**

**education for all**

Health inequities such as those identified in this report, arising from illiteracy as well as from other socio-economic factors, can only be eliminated through concerted action by all sectors of society. While the health consequences of illiteracy may be medical in nature, resulting in increased mortality and morbidity, the solutions for the most part require non-medical interventions. Action is required in the development of healthy public policy, making workplaces safer, improving living conditions, ensuring the delivery of education for all, and along other fronts.

For this to happen, commitment to action is needed by politicians, all levels of government, business and labour, the media, and the public. Any remedies which do not involve a major commitment and action across many different fronts would only involve tinkering, and are unlikely to make any major impact on existing inequities in health status.

## A COMMITMENT TO MAKE ENVIRONMENTS HEALTHY AND SAFE

**being able to act on information**

Having information is one thing. Being able to act on that information is often quite another thing. During the consultation process, the following example was presented related to this issue:

> *We all know that to fight a cold you should go to bed, drink plenty of fluids, and take aspirin. Now a kid living on the street can understand this perfectly well. The problem is that he does not have a bed, can't rest because he has to spend so much time just surviving, and has no money to buy aspirin. The cold is probably going to turn into something much more serious until he has what he really needs -- a decent place to live, an income, and enough security that he can rest.*

Making environments healthy and safe is not just an issue of providing what is needed. People can act in unhealthy and unsafe ways in perfect environments. *The point here is that it is very difficult for people to be healthy and safe in unhealthy and unsafe environments.*

**public policy process**

Just as the project did not explore the complex issues and strategies related to improving the quality of the public school and health care systems in Ontario, it did not take an in depth look at all the strategies required to make environments healthy and safe. Currently, the public policy process in Ontario is involved with numerous studies related to strategies in critical areas:

- decent and affordable housing
- safe work environments and practices

- access to quality medical care
- adequate income for those requiring assistance
- environmental quality (air, water, and so on)
- the organization and delivery of human services.

**environments favourable to safe and healthy practices**

*Actions and policies related to achieving literacy and health for all and ensuring equitable access to information in the context of health and safety are ineffective if the environments in which people spend their time are not favourable to safe and healthy practices and lifestyles.*

*Strategies:*

From the research findings and the provincial consultation, a number of strategies were suggested.

**improving living conditions**

- Many of the negative health consequences for people with limited literacy abilities result from poverty. Improving their living conditions and level of income will assist in combating these health problems.

**implementation of SARC recommendations**

- The Social Assistance Review Committee (SARC) thoroughly investigated problems of people living in Ontario on social assistance, and among the working poor. As part of its investigation, the committee considered the effects of illiteracy as well as health problems of the poor. It made 274 recommendations for reform of the present system.

- Implementation of these recommendations can go a long way towards overcoming the health problems associated with poverty.

**more accessible safety information**

**responsibility of employer**

- A major factor affecting the health of persons with limited literacy is that those jobs which are open to them tend to be dangerous. More accessible safety information in other than a written form will help to some degree. The responsibility of the employer must include testing for the actual receipt and understanding of safety knowledge, rather than the mere provision of materials. But for any substantive changes in the reduction of workplace injuries, there is need for a greater commitment to making the workplace safer.

## A COMMITMENT TO ENSURE EQUITABLE ACCESS TO INFORMATION

It is important to ensure that all Canadians receive, understand and are able to use information related to their health and safety.

**information is understandable and useful**

**social and cultural factors incorporated**

"Equitable access" means that vital information is adapted to individuals in ways which ensure the information is understandable and useful to them regardless of their literacy skills and learning styles. Equitable access also means adapting information to take into account other social and cultural factors -- including language, gender, age, socio-economic status and cultural background.

This means recognizing and responding to a number of facts:

- Written information -- labels, instructions, information pamphlets, books, posters, etc. -- must be readable, useful, and geared to people who have trouble reading. *But this cannot be the only strategy.*

- Information can and should be presented in a wide variety of ways:

  written words, symbols, spoken words; information that is given in public or private; information that is presented personally, through audio-visual means, by written materials; information that comes from a professional, a community authority figure, a neighbour or fellow worker; information that we have to go and get or that comes to where we are; information that is adapted to a variety of languages and cultures.

- People, regardless of how well they can read, respond differently to information presented to them. *If the same information is to reach different people, it is vital that this information be presented in a variety of ways.*

- And finally, the critical issue is comprehension. *Regardless of how information is presented, it is very important that we find out if individuals have understood it.*

***Strategies:***

The consultation process identified four major components that must be considered to ensure equitable access to information and corresponding actions to be taken:

1. *Awareness*

**extent and nature of problem**

The public, professionals, and organizations must become more aware of the nature of the problem of

**actions required**

**obligations**

literacy and health, the kinds of actions that are needed and the obligations of many parties to take action.

Awareness of the extent and nature of the problems associated with illiteracy is a prerequisite for action by the health community. Many of the respondents to our questionnaire pointed to the need for increased awareness and education among health, medical and social service workers. The two most important areas they identified are:

- To increase awareness about the incidence of illiteracy and how it affects the health of a substantial proportion of the population

- To assist health workers, through training and other means, in recognizing when illiteracy may be a factor and how to deal with the problem tactfully and effectively while maintaining the dignity of the person.

A number of specific suggestions about how to accomplish the above were provided. These included:

- awareness-raising workshops
- consultations
- skill-training sessions showing health workers how to communicate clearly
- interaction between health professionals and literacy workers.

Given that 25% of the adult population is functionally illiterate, health workers such as pharmacists should assume, unless they have reason to believe otherwise, that their clients cannot understand written instructions. Verbal explanations should be given as a matter of course. The recipients of information should be asked if they understand the information given to them.

During the provincial consultation, the following opportunities to raise people's awareness of literacy-related health problems were identified:

- health, medical and social service professional training programs
- professional and organizational conferences
- organizational in-service training opportunities
- the public school system
- inter-agency and social planning councils
- the media.

2. *Community Involvement*

One of the effects of illiteracy is a lack of control over one's life. This feeling of helplessness produces stress, and in turn health problems.

**work in partnership**

**community development**

**popular education**

**use existing social networks**

One potential approach to combating health problems associated with illiteracy is to work in partnership with people who have limited literacy skills to help them help themselves. A variety of community development and popular education approaches can permit active and meaningful involvement of learners. These approaches can also include working together with existing social networks in the community, including a wide range of organizations such as literacy groups, women's groups, anti-poverty organizations and others.

**peer groups**

**key neighbourhood contacts**

People who do not read have other ways of acquiring information. These include peer groups, as well as key neighbourhood contacts, who may be a focal point for the provision of information to others. (A helpful strategy for health education is to make use of these existing social networks.)

People for whom the information is intended must be involved in the design, production, distribution and evaluation of the information to be provided. This would ensure that vital information can be adapted, received, understood and used by people, and more specifically by people with low literacy skills.

**community review teams**

Community review teams -- comprised of professionals and consumers -- could also be developed to review and evaluate health, medical and social service information available, and encourage the development of appropriate information by and for that community. They would list resources available through agencies, government and other community groups that are appropriate for people with low literacy skills. In doing so, this team would link up with existing resource centres.

3. *Multiple Communication Strategies*

To ensure that information is accessible to the variety of individuals who require it, many types and styles of communication strategies must be employed to adapt any single piece of information.

**use non-written forms of communication**

For those who cannot understand the written word, it is necessary to use non-written forms of providing health information. The most common approaches we heard about include the following:

- use of pictures, symbols, and audiovisual aids in communicating health information and medical directions
- use of one-on-one interventions and demonstrations, as well as small group sessions
- use of creative strategies such as drawing a picture of a clock showing when to take medication or making use of a volunteer to assist a patient with a coronary who could not read in following medical directions
- television and radio, although it was noted that persons with limited literacy skills tend to watch entertainment rather than informational programs, thus potentially limiting the usefulness of this approach.

**simplify language**

Many people indicated the need to simplify the language used in brochures and other written health information. Related suggestions included:

**pretesting**

- testing for readability
- pretesting for comprehension

**adaptations**

- use of large print
- "friendly" formats with increased use of pictures and white space
- more translations and adaptations into other languages.

Awareness has already increased within the health field of the need to simplify the language of written information, and there have been greater efforts at producing "readable" health information.

**readability not a cure-all**

Increasing the readability of written materials is undoubtedly a good idea. For many people, this will make a wider range of information about health accessible. However, many people will still be unable to read, no matter how simplified the language. Others who in theory could read will not: the printed word is not a preferred or trusted means of obtaining information for many people. Although it is a useful approach, enhancing the readability of written materials should not be viewed as a cure-all to the problems of illiteracy.

The following strategy was suggested at the provincial consultation. As an incentive for agencies to communicate their information more creatively, an awards system could be developed. Annually, community members would reward agencies, professional organizations and individuals who created a variety of media to communicate their information and services, and who ensured these messages were received and understood.

### 4. *Coordinated Action*

The information gathered and analysis developed from the research and consultation process strongly calls for concerted action by government, organizations and individuals.

**open communication channels**

**share plans of action, information and ideas**

To accomplish a coordinated approach, it was suggested that the channels of communication must be opened between local and regional agencies, public and private organizations and government. A commitment must be made to share plans of action, information and ideas. Until this occurs, there will be gaps and overlaps in services and information, which are detrimental to the health and safety of the community members.

# ENDNOTES

1. C. Slater and B. Carlton, "Behavior, Lifestyle, and Socioeconomic Variables as Determinants of Health Status: Implications for Health Policy Development," in *American Journal of Preventative Medicine* (1985, 1,5).

2. See *Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion*(Health and Wefare Canada, 1986).

3. Locations and affiliations could include libraries, church groups, neighbourhood organizations, special interest groups, health care providers, general community literacy programs, worlplace programs, school board and community-based programs.

4. See R. A. Spasoff, *Health for All Ontario: Report of the Panel on Health Goals for Ontario* (Toronto: Ontario Ministry of Health, 1987); S. Podborski, *Health Promotion Matters in Ontario: A Report of the Minister's Advisory Group on Health Promotion* (Toronto: Ontario Ministry of Health, 1987); and J. R. Evans, *Toward a Shared Direction for Health in Ontario: Report of the Ontario Health Review Panel* (Toronto: Health Review Board, June 1987).

# VI. RECOMMENDATIONS

The issue has been stated – we need to make the world healthier and safer for people who can't read. The impact of illiteracy on health is becoming better understood, but there are many areas for improvement and action. Commitment, action and responsibility are required in three broad areas:

- to achieve literacy and health for all
- to make environments healthy and safe
- to ensure equitable access to vital information.

Various strategies to create change in these three areas have emerged consistently throughout the research, the regional workshops and the provincial consultation.
We now need to examine the types of recommendations that have evolved from the consultation process:

- The need for Provincial and Federal Government policy.

- The need for a range of activities and commitments related to equitable access to information by organization.

- The need for a coordination capability to stimulate and coordinate policy and actions.

These recommendations involve the partnership of:

- government
- organizations
- a coordinating body.

Most of the recommendations deal with issues of equitable access to health-related information. Participants throughout the consultation process saw this as the major area for action. At the same time, they saw action related to achieving literacy and health for all and creating healthy and safe environments as important related areas.

## GOVERNMENT POLICY AND ACTION

To achieve literacy and health for all Canadians, we must:

- Improve the education system for young people, which ensures they will develop the skills necessary for meeting the literacy demands of today's society.

- Develop an adult education and training system, which will allow individuals to move in and out of education and training opportunities which respond to their changing learning needs.

- Create policy and funding commitments to ensure that adults have access to a variety of literacy and learning opportunities in their home communities in order to accommodate individual needs and preferred learning styles.

- Support public participation within the health care system. This would mean encouraging people to take more control over factors which affect their health and to enable and equip people to act in ways that maintain and improve their health.

- Strengthen community health services. To do so, would require realigning the present health care system in such a way as to assign more responsibility to community-based services, which in turn would require allocating a greater share of resources to such services.

- Coordinate healthy public policy. Policies that eliminate or reduce health inequities involve the following areas, among others, income security, employment, education, housing, business opportunities, agriculture, transportation, justice, quality of environment and technology.[1]

To create social and physical environments which promote and allow for health and safety, we must:

- Develop policy, funding and action to ensure that Canadians have access to decent housing, an acceptable level of income, safe work places and a clean environment.[2]

To promote equitable access to health-related information, we must:

- Establish specific content and evaluation criteria to ensure literacy has been considered in every grant and/or contribution application.

- Ensure that information and materials provided by the government are written in plain language.

- Provide incentives, especially financial incentives, to organizations which attempt to make information more accessible to Canadians who have low literacy skills.

- Encourage and fund research and pilot or demonstration projects aimed at increasing the accessibility of information.

- Encourage and fund joint undertakings involving literacy, health, medical and business organizations.

- Ensure when developing policy and regulations related to safe and healthy practices (such as Workplace Hazardous Materials Information System) that requirements and incentives are included to ensure that people with low literacy skills have access to and understand vital information.

- Ensure attention be paid to literacy when health promotion and education strategies are developed.

- Encourage and fund training and human resource development opportunities concerned with equitable access within literacy, health, medical, social service and business organizations.

## ORGANIZATIONAL ACTIVITIES

Organizations, both public and private,[3] involved in health and health-related matters must individually and jointly:

- Analyze on an on-going basis the effectiveness of the way information is distributed within and outside the organization. This would allow organizations to determine the extent to which information has been received, understood and used by people with low literacy skills.

- Review and develop organizational policies and practices which ensure greater access to health-related information by people with low literacy skills. In-house training plans also need to be developed to ensure these polices and practices are implemented.

- Involve the users of the information (consumers) in the process of reviewing and developing information content, as well as the design, production, distribution and evaluation procedures.

- Ensure that any translation of information is *adapted* to the cultural background of the people for whom the information is intended.

- Inform the broader community (within a geographic area, and within interest or discipline areas) of the nature of the relationship between

literacy and health, what is being done and what individuals can do.

- Encourage and promote governmental and organizational commitment and policy development for achieving literacy and health for all, equitable access to information and creating environments which promote health and safety.

## COORDINATING BODY

An organization must be given the mandate to stimulate and coordinate policy and action related to equitable access to health services and health-related information for people with low literacy skills. Such a coordinating body would:

- Disseminate and promote the work done in Phase One of this project in Ontario and other provinces.
- Stimulate commitment by governments, organizations and individuals in working for change.
- Develop and deliver training, including the development of training materials.
- Consult and advise community groups and service providers on literacy-related issue identification, policy writing and project/program development, implementation and evaluation.
- Develop awareness-raising activities directed at both the public and professional organizations.
- Make the necessary linkages with related organizations and activities and encourage on-going communication.
- Stimulate and encourage research and pilot/demonstration projects by supporting communities with appropriate resources and expertise.
- Encourage and facilitate the formation of task forces, committees and so forth for joint action on specific issues (such as drug labelling) at the federal, provincial and local levels and among organizations from different disciplines and interest areas.
- Assist in the development of and access to organizations and individuals able to help others in the development of policies and practices aimed

at ensuring equitable access to information and services.

Implementing these recommendations and refining the strategies suggested to us throughout Phase One of the Literacy and Health Project represents a major challenge.

At this point in the project, we are confident in the capacity of the Ontario community to respond to the challenge. Together, we have:

- documented the nature of the direct and indirect relationships between literacy and health
- developed a complex set of ideas and strategies which can begin to address the issues
- identified and involved a constituency of concerned people who are interested in taking action in their organizations and communities.

Responding to the challenge involves commitments to achieve literacy and health for all; to ensure healthy and safe environments; and to ensure equitable access to vital information. Throughout this report, we have built on previous studies already conducted in this province recommending strategies to ensure literacy and health for all, and healthy and safe environments. And, we have begun to develop an agenda which will ensure equitable access to vital information.

Many of the issues raised during Phase One are not new -- quality education, the impact of poverty on people's lives, the consequences of having limited access to opportunities and so on. To these issues, we have added another -- the need to ensure that our fellow citizens receive, understand and are able to use information vital to their health and safety.

Clearly, the ongoing development of healthy communities will require us all -- professionals and consumers, individuals and organizations, policy makers and service deliverers -- to assume our respective responsibilities. It will require us all to respect the diversity of our communities by communicating with each element and individual, and ensuring that what is said and written is understood.

We believe these are all challenges worth meeting, responsibilities worth assuming.

# ENDNOTES

1. For more information concerning this point and the two points that precede it, see *Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion*(Health and Welfare Canada, 1986).

2. The Premier's Council on Health Strategy was established in Ontario in 1988, recognizing that good health is dependent on a safe, nonviolent environment, adequate income, housing, food and education as well as a person's valued role in family, work and the community.

3. Including health service providers, social service workers, manufacturers and retailers, professional organizations and workplaces.

# VII. RESOURCES

Throughout the research and consultation process, documents have been prepared for the use of the participants. They include:

- summary research findings report
- regional workshop notes, both in summary and in full
- provincial consultation notes
- final research report, which includes a copy of the questionnaire, the verbatim responses of questionnaire, an analysis of questionnaire responses, the case study summary and the bibliography
- final public report (this document).

For further information concerning the availability of this material, please contact:

- Literacy and Health Project
  c/o Ontario Public Health Association
  468 Queen Street East, Suite 202
  Toronto, Ontario
  M5A 1T7
  Attn: Resources

# VIII. BIBLIOGRAPHY


Ableson, J., Paddon, P. and Strohmenger, C. *Perspectives on Health.* Ottawa, Ontario: Statistics Canada, 1983.

Accident Prevention. *Do all employees understand occupational health and safety literature?* Accident Prevention, 1985, 32, 3.

Adams, O. Statistics Canada, Health Division. *Presentation at OPHA Conference* 1988.

Advisory Council on Occupational Health and Occupational Safety. *Seventh Annual Report,* April 1, 1984 to March 31, 1985. Toronto, Ontario: Ontario Ministry of Labour, p. 108.

Baker, C. C. "Ethnic differences in accident rates at work." *British Journal of Industrial Medicine,* 1987, Vol. 44, 206-211.

Boyle, M. H., Offord, D. R., Hofmann, H. G., Catlin, G. P., Byles, J. A., Cadman, D. T., Crawford, J. W., Links, P. S., Rae-Grant N. I. and Szatmari, P. Ontario Child Health Study. *Archives of General Psychiatry,* September 1987, Vol. 44.

Boyle, M. H. Unpublished analyses based upon the Ontario Child Health Study, 1988.

Breen, M. N. and Wood Catano, J. *Can she read it?: readability and literacy in health education.* Healthsharing, Summer, 1987, 28-33.

Canadian Business Task Force on Literacy. *Literacy Public Opinion Survey:* 1986 Update. Toronto, Ontario: Westmount Research Consultants Inc., 1986.

Canadian Business Task Force on Literacy. *The Cost of Illiteracy to Canadian Business.* Toronto, Ontario: Woods Gordon Management Consultants, 1987.

Canadian Occupational Health & Safety News. "Illiteracy costs business $1.6 billion, report." *Canadian Occupational Health & Safety News,* March 21, 1988, Vol. 11 No. 11.

*Canadian Occupational Health & Safety News.* "Ontario labour addresses illiteracy problem." *Canadian Occupational Health & Safety News,* May 16, 1988, Vol.11, No. 19.

Chambers, L. W. *Health Profiles of the Citizens of Ontario.* The Canadian Public Health Association.

Cochrane, S. H., O'Hara, D. J. and Leslie, J. *The Effects of Education on Health.* Washington, D.C.: The World Bank, 1980, Working Paper No. 405.

Cole, R. "The understanding of medical terminology used in printed health education materials." *Health Education Journal,* 1979, 38 (4), 111-121.

Crawford, T. "There is something about welfare itself that creates victims, experts conclude." *The Toronto Star,* November 29, 1987, pp. A2, A10.

D'Arcy, C. *Reducing Inequalities in Health.* Ottawa: Health Services and Promotion Branch, Health and Welfare Canada, 1988.

Doak, C. C., Doak, L. G. and Root, J. H. *Teaching patients with low literacy skills.* Philadelphia: J. B. Lippincott Company, 1985.

Echenberg, H. National Anti-Poverty Organization. *Reducing Inequalities.* Ottawa: Health Services and Promotion Branch, Health and Welfare Canada, 1987.

Echenberg, H. National Anti-Poverty Organization. *Working Summary of Community-Based Literature on Health Inequities.* Ottawa: Health Services and Promotion Branch, Health and Welfare Canada, 1987.

Eisemon, T. O. *Benefiting from Basic Education, School Quality and Functional Literacy in Kenya.* Oxford: Pergamon Press, 1988.

Emond, A. and Guyon, L. *The Health of Quebecers: Highlights of the 1987 Quebec Health Survey.* Government of Quebec, 1988.

Esdaile, J. M. and Wilkins, K. *Social support and social networks as promoters of physical and psychological well-being in persons with arthritic and rheumatic disorders.* Ottawa: Health Services and Promotion Branch, Health and Welfare Canada, 1987.

Evans, J. R. *Toward a Shared Direction for Health in Ontario: Report of the Ontario Health Review Panel.* Toronto: Ontario Health Review Board, June 1987.

Farkas, C. S. "Ethno-specific communication patterns: implications for nutrition education." *Journal of Nutrition Education.* 1986, *18* (3), 99-103.

Farkas, C. S., Glenday, P. G., O'Connor, P. J. and Schmeltzer, J. "An evaluation of the readability of prenatal health education materials." *Canadian Journal of Public Health*, 1987, *78*, 374-378.

Farrar, M. T. "Four Conceptions of Literacy." *Reading Psychology*, 1986, *7*, 43-55.

Frankel, D. H. "Think horses, not zebras." *The Lancet*, Dec. 26 1987, 1515-1516.

Grueninger, S. "The illiteracy crisis: implications for the occupational health nurse." *AAOHN Journal*, 1986, 34 (9), 429-431.

Harding, M. *The Relationship Between Economic Status and Health Status and Opportunities: A Synthesis*. Toronto, Ontario: The Ontario Social Assistance Review Committee, 1987.

Harvey, M. D. *Language and Literacy Problems in Alberta's Labour Force*. Community and Occupational Health, Government of Alberta, Sept. 1987, 41-44.

Hayward, R. A., Shapiro, M. F., Freeman, H. E. and Corey, C. R. "Inequities in health services among insured Americans." *The New England Journal of Medicine*, 1988, *318* (23), 1507-1512.

Health and Welfare Canada. *Achieving Health For All: A Framework for Health Promotion*. Ottawa, Ontario: Ministry of Supply and Services, Canada, 1986.

Hirdes, J. P., Brown, K. S., Vigoda, D. S., Forbes, W. F. and Crawford, L. *The Association Between Self-Reported Income and Perceived Health Based on the Ontario Longitudinal Study of Aging*. Undated.

Hubley, J. "Principles of Health Education." *British Medical Journal*, 1984 *289*, 1054-1056.

Industrial Accident Prevention Association. *Literacy in the Workplace*. 1982.

Inguanzo, J. and Harju, M. "How do consumers receive local health care information?" *Hospitals*, 1985, *59* (7), 74-76.

Jenkins, C. D. "Low Education: A Risk Factor for Death." *New England Journal of Medicine*. 1978, 209, (2), 95-97.

Jones, A. G. "Product safety labelling: a confusing message?" *At the Centre*, 1987 *X* (4), 18-19.

Kappel, B. Literacy and Health. *Ontario Medical Review*. 1988, March, 42-43.

Kenter, P. "Workplace illiteracy: the three rrr's: reading, risk and responsibility." *Occupation Health and Safety Canada*, 1987, 3, (4), 25-30, 66.

Kleinman, J. C. and Madans, J. H. "The effects of maternal smoking, physical stature, and educational attainment on the incidence of low birth weight." *American Journal of Epidemiology*. 1985, *121* (6), 843-855.

Kozol, J. *Illiterate America*. New York: Plume Printing, 1985. Pp. 14, 24, 25.

Labonte, R. "Community health promotion strategies." *Health Promotion*. Health and Welfare Canada.

Labonte, R. "Concepts, research and strategies relating to social support and surplus powerlessness." *Heart Health Inequalities Workshop Report*, December 3, 1987.

Labonte R. "Health Promotion: From Concepts to Strategies." *Healthcare Management Forum*, Autumn 1988.

LaPierre, G. and Mallet, L. "Readability of materials." *Canadian Pharmaceutical Journal*, December, 1987, 718-728.

Leigh, J. P. "An empirical analysis of self-reported, work-limiting disability." *Medical Care*, 1985, 23 (4), 310-319.

Leigh, J. P. "Direct and indirect effects of education on health." *Social Science Medicine*, 1983, *17* (4), 227-234.

Leigh, J. P. "Occupation and coronary disease: schooling as a confounder." *JAMA*, 1988, *259* (10) 1496-1497.

MacDonald, J. and Zandstra, I. *Research and Health Education: Possibilities for the Health Sciences Division*. Position Paper. Ottawa, Ontario: IDRC. 1988

Millar, W. and Wigle, D. "Socioeconomic disparities in risk factors for cardiovascular disease." *Canadian Medical Association Journal*, 134, Jan. 1986, 15:127-32.

Ministry of Tourism and Recreation. *Physical Activity Patterns in Ontario III*. Toronto, Ontario: 1986, 22-23.

Non-Formal Education Information Center. *Annotated Bibliography #2: Non-Formal Education and Health: a selected, annotated bibliography*. Non-Formal Education Information Center, 1981.

*Ontario Child Health Study: Summary of Initial Findings*. Ontario Ministry of Community and Social Services, 1986.

*Ontario Child Health Study: Abstracts of Research Reports and Literature Reviews.* Ontario Ministry of Community and Social Services, September 1987.

Offord, D. R. and Boyle, M. H. *Morbidity Among Welfare Children in Ontario.* Presented at the Social Assistance Review, Ontario Ministry of Community and Social Services, Hamilton, December, 1986.

Patterson, M. R. The hazards of illiteracy in the workplace. *Professional Safety,* Nov. 1987, 41-45.

Perrin, B. T. *A Review of Training and Educational Programs for Social Assistance Recipients Entering the Labour Force.* Toronto, Ontario: The Social Assistance Review Committee, 1987.

Pincus, T. and Callahan, L. F. "Taking mortality in rheumatoid arthritis seriously -- predictive markers, socioeconomic status and comorbidity." (Editorial). *The Journal of Rheumatology,* 1986, *13* (5), 841-845.

Pincus, T. and Callahan, L. F. "Formal education as a marker for increased mortality and morbidity in rheumatoid arthritis." *The Journal of Chronic Diseases,* 1985, *38* (12), 973-984.

Pincus, T., Callahan, L. F. and Burkhauser, R. V. "Most chronic diseases are reported more frequently by individuals with fewer than 12 years of formal education in the age 18-64 United States population." *Journal of Chronic Diseases,* 1987, *40* (9), 865-874.

Podborski, S. *Health Promotion Matters in Ontario: A Report of the Minister's Advisory Group on Health Promotion.* Toronto: Ontario Ministry of Health, 1987.

Puska, P. Wiio, J., McAlister, A., Koskela, K., Smolander, A., Pekkola, J. Maccoby, N. "Planned use of mass media in national health promotion: *The keys to Health* TV program in 1982 in Finland. *Canadian Journal of Public Health,* 1985, *76* (5), 336-342.

Rachlis, M. and Kushner, C. *Second Opinion: What's Wrong with Canada's Health-Care System and How to Fix It.* Toronto: Collins, 1989.

Radwanski, G. *Ontario Study of the Relevance of Education, and the Issue of Dropouts.* Ontario Ministry of Education, 1987.

Ramirez, R. "The relationship between illiteracy and accident occurrence." *Proceedings of the 10th World Conference on the Prevention of Occupational Accidents and Diseases,* 1983, 165-166.

Rea, B. *Adult Literacy and the Workplace*. Interim Report: Phase II, 1986.

Report of the Social Assistance Review Committee. *Transitions*. Ontario Ministry of Community and Social Services, Toronto, 1988.

Rootman, I. "Inequities in health: sources and solutions." *Health Promotion*. 1988 Winter, 2-8.

Rossof, A. H. "Non-compliant, or illiterate?" *The Lancet*, 1988 *1* (8581), 362.

Ruberman, W., Weinblatt, E., Goldberg, J. D. and Chaudhary, B. S. "Education, psychosocial stress and sudden cardiac death." *Journal of Chronic Diseases*, 1983, *36* (2), 151-160.

Samways, M. C. "Functionally illiterate worker also has 'right-to-understand.'" *Occupational Health and Safety*, Jan. 1988, 49-50, 52-53.

Sharav, T. Collins, R. and Shlomo, L. "Effect of maternal education on prognosis of development in children with Down syndrome." *Pediatrics*, Sept. 1985, 76 (3), 387-391.

Slater, C. and Carlton, B. "Behavior, lifestyle, and socio-economic variables as determinants of health status: implications for health policy development." *American Journal of Preventative Medicine*, 1985, *1* (5), 25-33.

Southam News. *Literacy in Canada: A Research Report*. Ottawa, Ontario: The Creative Research Group Ltd., 1987.

Spasoff, R. A. *Health for All Ontario: Report of the Panel on Health Goals for Ontario*. Toronto: Ontario Ministry of Health, 1987.

Statistics Canada. *The Health of Canadians: Report of the Canada Health Survey*. Ottawa, Ontario: Department of Supply and Services, Canada, 1981.

Stone, A. J. and Siegel, J. M. "Correlates of accurate knowledge of cancer." *Health Education Quarterly*, 1986, *13* (1), 39-50.

Sweet, L. "Government 'starving' illiterates." *The Toronto Star*, June 27 1988, p. C2.

The Lancet. "Information for patients about medicines." *The Lancet*, Nov.7 1987, 1077-1078.

The Lancet. "Telling patients about their medicines." *The Lancet*, Nov. 7 1987, 1064.

*The Relationship Between Poverty and Selected Social Indicators: Health Status, Educational Attainment and Incarceration*. Ontario Ministry of Community and Social Services, February, 1988.

Towler, J. "Can you read this?" *Toronto Business*, July, 1988, 7, 9.

Townsend, P. and Davidson, N. *Inequalities in Health: the Black Report*. Harmondsworth, England: Penguin, 1982.

U.S. Department of Education and U.S. Department of Labour. *The Bottom Line: Basic Skills in the Workplace*. U.S. Department of Education: U.S. Department of Labour, 1988.

Unesco Nutrition Education Programme. Nutrition Education Series 13. *Health Education Intervention: An Annotated Bibliography*. Paris, 1986.

Vandenberg, L., Prouty, B., Mwakikoti, A and Beeftu A. "Promoting health and nutrition through primary schools." *INET Up-Date*. February 1987, 114-123.

Wagner, D. A. *Literacy Assessment in the Third World: An Overview and Proposed Schema for Survey Use*. Unpublished paper, 1988.

Weinblatt, E., Ruberman, W., Goldberg, J. D., Frank, C. W., Shapiro, S. and Chaudhary, B. S. "Relation of education to sudden death after myocardial infarction." *The New England Journal of Medicine*, 1978, 299 (2), 60-65.

Wilkins, R. and Adams, O. B. "Changes in the healthfulness of life of the elderly population: an empirical approach." Rev. Epidém. et Santé Publ., 1987, 35, 225-235.

Wilkins, R. "Restriction dans les activités in Groupe de travail inter-DSC:" *Enquête Promotion de la Santé à Montréal*: 1986. DSC Hôpital Sacré-Coeur, Montréal, DSC Hôpital général de Montréal, DSC Hôpital Saint-Luc. Montreal, May 1988.

Wilkins, R. *Special Study on the Socially and Economically Disadvantaged*. Ottawa, Ontario: Health and Welfare Canada, 1988.

# IX. LITERACY AND HEALTH PROJECT PARTICIPANTS

The following people participated in the research, regional workshops, and/or the provincial consultation and strategy team:

(Catergozied by Regions of Ontario, Quebec and the United States)

**ONTARIO**

*Central West:*

Rose Anne Alfano
Jill Baron
Karen Costie
Steve Elson
Jolaneta Jokubyras
Peggy McCarroll
Cathie Quick
Kathy Saussens
Carol Saville
Margaret Smith
Venilda Tortora

*North West:*

Judy Baker
Joan Baril
Linda DePiero
George Kenny
Lynn Kislock
Teresa Legowski
Jack Macready
Jim Proctor
Ron Schultz
Arlene Simpson
Tim Woods

*Eastern:*

Kae J. Bee
Cheryl Boon
Mary J. Breen
Anne Colterman
Carin Cross-Stewart
Susan Gatchell
Delma Holan
Stan Jones
Mary Klein
Marthe Lavoie
Addy Murray
Sandra Murray
Dr. Gordon Mutter
David Neice
Dick Nolan
North Frontenac Community Service Centre
Ann Osborne
Gayle Owen
Dr. Irving Rootman
Janet Shively
David Skinner
Sue Snelgrove
Astri Thorvik
Dr. Reg Warren
Jean Webb
Dr. Russell Wilkens

*North East:*

Audrey Anderson
Yvette Bradley
Jennifer Brouse
Audrey Crouch
Don Desrosiers
Sam Gamble
Dee Goforth
Florence Gray
Jacques Guy
Heather Jessup-Falcioni
Mary McDowall
Rosemary Newman
Heather Segsworth
Chris Stagg
Stephen Vail

*Central East:*

Bonnie Ashawasega
Diane Azzarello
Ron Bowers
Betty Butterworth
Denise Chong
Carmen Connolley
Noreen Crawford
Joey Davidson
Robert Doyle
Dr. Margaree Edwards
Phyllis Fisher
Dr. Marsha Forest
Romeo Franceschini
Myrna Francis
Frontier College
Victor Gascon
Karen Hadley
Dr. Trevor Hancock
Michelle Harding
Stefa Katamay
John Keays
Ron Labonte
Tracy LeQuyere
Barbara Marchant
Sally McBeth
Rebecca Metcalfe
Marg Metzger
Sheryl Mitchell
Gordon Nore
Tracy Odell
Stephanie Ozorio
Parkdale Community Health Centre
Rick and Carol Parsons
Jack Pearpoint
Anna Maria Pettella
Dr. Micheal Rachlis
Almerinda Rebelo
Elizabeth Rossnagel
Anne Sheppard
Robin Silverman
Kristine Sisson
Dr. Jamie Urhig
David Vickers
Ed Wadley
Elisse Zack

*South West:*

Joan Alderson
Jacquie Allair
Suzanne Brown
Dr. Daniella Chacon
Joanne Culley
Anne Marie Grange
Deborah De Hetre
Kim Hodgson
Helen Keir

Helen Kelly
Joan Lawton
Bonnie Mahon
Colleen Maloney
Margaret McGee
Sandra McNee
Mary Ann Morgan
Edith Owen
Jeanne Parker
Dr. J.D. Pudden
John Roberts
Patty Ryan
Barbara Saunders
Donna Smith
Howard Stevenson
Shanthi Radcliffe

*QUEBEC:*

Dr. Tom Eisenmon
Martin Somberg

*UNITED STATES:*

Dr. Micheal Grossman
Dr. Theodore Pincus
Dr. Paul Leigh
Dr. Daniel Wagner

# Projet alphabétisation et santé :

## PREMIÈRE ÉTAPE

Rendre le milieu plus sain et sans danger pour les personnes qui ne savent pas lire

L'ASSOCIATION POUR LA SANTÉ PUBLIQUE DE L'ONTARIO
ONTARIO PUBLIC HEALTH ASSOCIATION

collège
frontier
college

72 BEST COPY AVAILABLE

# REMERCIEMENTS :

Les organismes suivants ont financé la première étape du Projet alphabétisation et santé :

- l'Unité de l'alphabétisation communautaire du ministère de la Formation professionnelle de l'Ontario
- la Direction de la promotion de la santé du ministère de la Santé de l'Ontario
- le Secrétariat national à l'alphabétisation du Secrétariat d'État du Canada

L'Association pour la santé publique de l'Ontario et le Collège Frontier remercient ces ministères de leur appui et de leur encouragement tout au long du projet. Il faut aussi rendre hommage à Salli Abbott, responsable du projet, et à Burt Perrin, chercheur, pour leur enthousiasme et leur dévouement.

Les résultats et les recommandations du présent rapport n'engagent que leurs auteurs et ne représentent pas la position officielle des ministères associés au projet.

Enfin, il faut remercier tout particulièrement les participants, car sans leur apport, le Projet alphabétisation et santé n'aurait pas connu un tel succès. On trouvera leurs noms au chapitre IX.

# COLLABORATION :

- Sommaire anglais : Mary J. Breen
- Traduction du sommaire : Kathy Wazana
- Traduction du rapport de la première étape : Joly-Hébert
- Dessin de la page couverture : Chris Workman
- Révision finale : Eugene Stickland

© 1990 Association pour la santé publique de l'Ontario et Collège Frontier

ISBN 0-929129-04-0

Association pour la santé
publique de l'Ontario
468, rue Queen est, bureau 202
Toronto (Ontario) M5A 1T7
(416) 367-3313

Collège Frontier
35, avenue Jackes
Toronto (Ontario)
M4T 1E2
(416) 923-3591

# Le Projet alphabétisation et santé

Un monde plus sain et sans danger
pour les personnes qui ne peuvent lire

*Première étape*

# À PROPOS DE TERMINOLOGIE

Dans le présent document, nous avons été très circonspects dans l'emploi de certains mots et de certaines phrases lorsque nous décrivions les gens et leur capacité à lire, écrire ou calculer.

C'est surtout par respect pour ces personnes que nous avons privilégié l'emploi de mots et de phrases les décrivant comme des êtres humains, non des aptitudes ou des états.

Par ailleurs, nous avons soigneusement évité d'utiliser le mot « aptitude », lui préférant « compétences » ou « capacité à ». En effet, nos recherches nous ont appris que les personnes qui éprouvent actuellement de la difficulté à lire, à écrire et à calculer ont les aptitudes nécessaires pour développer ces compétences. De fait, leurs problèmes sont bien plus le résultat d'un accès réduit aux possibilités d'apprentissage que d'aptitudes restreintes à apprendre.

Enfin nous avons fait tout notre possible pour éviter d'amorcer des discussions qui se soldent souvent par « un blâme jeté sur la victime » et laissent entendre que chaque personne est responsable des problèmes dont elle souffre. Les liens entre l'analphabétisme et la santé soulèvent des questions trop complexes pour pouvoir simplement rejeter le blâme sur la personne ou le système. Nous devons plutôt découvrir ensemble des solutions qui permettront à chaque personne, aux groupes et à la société d'agir de façon responsable.

# TABLE DES MATIÈRES


I. PRÉFACE ..... 1

II. LE RAPPORT SOMMAIRE ..... 2

III. LE PROJET ..... 7
Introduction ..... 7
Vue d'ensemble ..... 7
La recherche ..... 9
La consultation ..... 11
Les notes ..... 41

IV. LES RÉSULTATS DES RECHERCHES ..... 51
Qu'est-ce que l'analphabétisme? ..... 51
L'alphabétisation et l'état de santé ..... 71
L'effet direct de l'analphabétisme sur la santé ..... 91
Conséquences indirectes de l'analphabétisme sur la santé ..... 22
Sensibilisation aux problèmes de santé découlant de l'analphabétisme ..... 33
Les défis ..... 53
Les notes ..... 63

V. RÉAGIR AU PROBLÈME ..... 93
Rendre l'alphabétisation et la santé universelles ..... 93
S'engager à rendre les milieux sains et sans danger ..... 44
S'engager à assurer l'égalité d'accès à l'information ..... 64
Les notes ..... 35

VI. RECOMMANDATIONS ..... 55
Action et politique gouvernementales ..... 65
Activités entreprises par des organismes ..... 85
La coordination ..... 95
Les notes ..... 26

VII. RESSOURCES ..... 36

VIII. BIBLIOGRAPHIE ..... 46

IX. LES PARTICIPANTS AU PROJET ALPHABÉTISATION ET SANTÉ ..... 37

# I. PRÉFACE

Le Projet alphabétisation et santé cherchait la réponse à trois questions fondamentales, soit :

- Quel est le lien entre l'alphabétisation et la santé?
- Quelles mesures a-t-on prises pour s'assurer que les personnes qui ne savent ni lire, ni écrire, ni faire des calculs vivent en santé et en sécurité?
- Quelles mesures pourrait-on prendre pour construire « un monde sain et sans danger pour les personnes qui ne peuvent lire »?

Le Projet a révélé l'existence d'un lien manifeste entre l'alphabétisation et la santé. Nous avons en effet découvert que les personnes peu alphabétisées sont plus portées que les personnes alphabétisées à souffrir de problèmes de santé. Il ressort également que bon nombre de personnes ignorent que l'analphabétisme est répandu en Ontario et au Canada et que l'analphabétisme a des répercussions sur la santé.

Nous avons effectué des recherches et des consultations dans tous les coins de la province. Partout, l'éventail de mesures que nous proposions prendre à l'égard de la santé et de l'alphabétisation a été accueilli avec grand enthousiasme.

Le présent rapport porte sur la première étape du projet. On y retrouve d'abord un sommaire en langue familière. Viennent ensuite les résultats de nos recherches. Les connaissances que nous avons acquises en approfondissant ainsi la question nous portent à préconiser l'engagement et l'intervention dans trois grands domaines :

- rendre l'alphabétisation et la santé universelles
- rendre le milieu sain et sans danger
- assurer à tous l'accès à l'information essentielle

Les recommandations qui figurent à la fin du présent rapport serviront de point de départ pour l'étape suivante du Projet alphabétisation et santé. Nous vous invitons à vous servir de ce document pour sensibiliser vos organismes et vos collectivités à cette question et pour élaborer des plans d'action précis.

Comité de direction : Peter Elson, Directeur général, ASPO
Bruce Kappel, Chef de programme, Collège Frontier
Sally Abbott, Chef de programme
Burt Perrin, Chercheur
Ron Labonté, Agent de liaison, Conseil de l'ASPO

# II. RAPPORT SOMMAIRE

Toute personne doit savoir lire et écrire. Pourtant, au Canada, des milliers de personnes ne savent ni lire, ni écrire, ni calculer. Pour bien des personnes, les problèmes de lecture peuvent mener à des problèmes de santé.

***Le Projet alphabétisation et santé :***

Le but du Projet alphabétisation et santé est de reconnaître le lien entre la lecture et les problèmes de santé. Il vise à « rendre le monde plus sain et sans danger pour les personnes qui ne savent pas lire ». Des représentants du Collège Frontier et de l'Association pour la santé publique de l'Ontario collaborent à ce projet.

Pour la première partie du projet, nous avions décidé de contacter des personnes qui connaissent bien ces problèmes. Nous nous sommes également informés le plus possible sur la question.

*Qui avons-nous contacté?*

Nous avons contacté les personnes suivantes :

- des intervenants et des coordonnateurs de programmes d'alphabétisation et des étudiants
- des travailleurs sociaux
- des représentants du gouvernement
- des infirmières-hygiénistes, des médecins et des pharmaciens.

*Qu'avons-nous demandé à ces personnes?*

Nous cherchions des réponses aux questions suivantes :

- Est-ce que les personnes qui ne savent pas lire sont en aussi bonne santé que celles qui savent lire? Sinon, pourquoi pas et quels sont leurs problèmes de santé?
- Est-ce que les médecins, les infirmières et les autres intervenants en soins de santé savent que bien des personnes ne peuvent pas lire? Est-ce qu'ils comprennent que ceci peut entraîner des problèmes de santé?

- Est-ce que la majeure partie de l'information sur la santé est difficile à lire? Si oui, est-ce que les personnes qui ne savent pas très bien lire peuvent obtenir cette information par d'autres moyens?
- Que fait-on pour corriger ces problèmes?
- Que devrait-on faire pour corriger ces problèmes?

Nous avons consulté des personnes partout en Ontario. Nous voulions savoir comment les problèmes de lecture peuvent mener à une mauvaise santé. Dans chaque région, les personnes nous ont raconté leurs problèmes et ont partagé leurs idées avec nous.

En novembre, nous avons tenu une réunion à laquelle nous avions invité des personnes de toute la province. Nous avons passé deux jours à discuter des problèmes de santé auxquels font face les personnes qui ont de la difficulté à lire.

***Ce que nous avons découvert :***

1. *L'information sur la santé est difficile à lire.*

Les personnes qui ne savent pas très bien lire ont de la difficulté à obtenir l'information dont elles ont besoin. La plupart des livres et des dépliants sur la santé sont écrits pour les plus instruits.

2. *Les personnes qui ont de la difficulté à lire ont plus de problèmes de santé que les autres.*

Les personnes moins lettrées ont plus de problèmes de santé que celles qui savent lire. Pourquoi?

Dans certains cas, il est clair que les problèmes de lecture en sont la cause. Par exemple :

- Bien des personnes ne savent pas lire le mode d'emploi des médicaments. Elles risquent alors de faire une erreur ou de prendre une trop forte dose.
- Bien des personnes font des erreurs parce qu'elles ne savent pas lire les instructions sur les emballages de nourriture. Par exemple, les bébés peuvent souffrir de



79

graves problèmes de santé si leur lait n'est pas préparé correctement.

- Bien des personnes ne peuvent pas lire les instructions qu'elles reçoivent du médecin ou de l'infirmière. Cela peut modifier leur attitude envers la maladie, les moyens de guérison et le rétablissement.
- Bien des personnes ont des accidents au travail, qui sont causés par le fait qu'elles ne savent pas lire les avertissements et l'information sur la sécurité au travail.

Les personnes qui ont des problèmes de lecture ont plus tendance à avoir des habitudes qui peuvent mener à des problèmes de santé. Par exemple, elles ne bouclent pas régulièrement leur ceinture de sécurité. Elles ne font pas d'exercices régulièrement. Elles fument davantage. Elles ne mangent pas bien. Elles vivent dans des endroits malsains. Et leurs emplois sont plus dangereux.

Les personnes qui ne savent pas bien lire ont tendance à être plus pauvres. Il est beaucoup plus difficile de vivre une vie saine quand on est pauvre. Bien se nourrir et bien se loger coûtent cher.

Nous devons tâcher de prévenir ces problèmes de santé et bien d'autres. Les personnes moins lettrées ont le droit d'être en bonne santé et de vivre en sécurité. Elles ont droit à l'information et aux services qui les aideront à vivre en bonne santé et en sécurité.

*Quelle est l'étape suivante?*

Nous voulons accomplir trois choses :

- Nous assurer que toute personne a l'occasion d'apprendre à lire et à écrire.
- Nous assurer que toute personne est en bonne santé et peut vivre et travailler dans des milieux sains et sans danger.
- Nous assurer que chaque personne a l'information dont elle a besoin pour prendre des décisions sages concernant sa vie. L'information doit donc être présentée de différentes façons. Certaines personnes préfèrent de l'information écrite, d'autres préfèrent des cassettes audio ou vidéo. Toute

cette information doit être préparée avec l'aide des personnes à qui elle s'adresse.

*Qui fera le travail?*

Il y a beaucoup de travail à faire. Et bien des personnes pourront participer. On peut commencer certaines tâches immédiatement. D'autres projets seront plus longs.

1. *Le gouvernement doit étudier les problèmes suivants :*

Voici ce que doit faire le gouvernement :

- Faire comprendre aux Canadiens que de nombreuses personnes ne savent pas bien lire. Tous doivent comprendre qu'il y a un problème.
- Améliorer le système scolaire pour que toutes les Canadiennes et tous les Canadiens puissent apprendre à lire et acquérir les compétences nécessaires pour obtenir un bon emploi.
- Offrir un grand nombre de cours qui répondent aux besoins des adultes. Laisser les adultes choisir ce qu'ils veulent apprendre, la méthode qu'ils préfèrent, les heures de cours et les endroits qui leur conviennent.
- S'assurer que toute la population du Canada ait un logement sain et l'argent nécessaire pour bien vivre.
- S'assurer que tous les Canadiens aient la possibilité de trouver un emploi qui ne met pas en danger leur santé et leur sécurité.
- S'assurer que l'information sur la santé et la prévention des accidents soit facile à lire.
- Appuyer et financer les groupes communautaires parce qu'ils peuvent avoir une influence positive sur la santé des gens.

2. *Les groupes communautaires doivent étudier les problèmes suivants :*

Voici ce que doivent faire les groupes communautaires :

- Faire comprendre à la population que les personnes qui ne savent pas bien lire ont plus de problèmes de santé que les autres.

- S'assurer que toute personne puisse obtenir de l'information sous différentes formes.
- S'assurer tous comprennent l'information qu'ils reçoivent.
- S'assurer que les documents soient faciles à lire et que toute personne qui en a besoin puisse les utiliser. La meilleure façon d'y arriver : demander à des personnes qui ne savent pas bien lire d'aider à préparer les documents.
- Collaborer avec les représentants du gouvernement pour corriger ces problèmes.

3. *L'équipe du Projet alphabétisation et santé doit se tenir au courant des progrès.*

Voici ce que doit faire l'équipe du projet :

- S'assurer que tous les intervenants en soins de santé comprennent que bien des personnes ont de la difficulté à lire.
- Envoyer de l'information sur le projet à des gens partout au pays.
- Collaborer avec les personnes qui s'intéressent à ces problèmes.
- Collaborer avec le gouvernement et les organismes intéressés à corriger ces problèmes.
- S'attaquer d'abord au manque d'information. Par exemple, un groupe pourrait s'assurer que toutes les étiquettes sur les médicaments soient aussi faciles à lire que possible. Un autre groupe pourrait s'assurer qu'il y ait de l'information claire et lisible sur la sécurité dans les lieux de travail.

# III. LE PROJET

## INTRODUCTION

**Taux d'analphabétisme : 24 p. 100**

On estime qu'au Canada, 24 p. 100 des adultes ont besoin d'aide pour lire, écrire et faire des calculs afin de répondre aux exigences de notre société contemporaine[1]. Certains sont même tout à fait incapables de lire ou d'écrire. Sont exclus de la présente étude les moins de 18 ans, les personnes qui vivent au nord du 60e parallèle, les itinérants, les membres des forces canadiennes, les Autochtones vivant dans des réserves et toute personne vivant dans un établissement tel qu'une prison, un hôpital ou un foyer de soins infirmiers. Et, si l'on exclut également les immigrants qui ne parlent ni l'une ni l'autre des deux langues officielles, le taux d'analphabétisme chez les Canadiennes et Canadiens d'origine s'élève tout de même à 22 p. 100.

**santé et sécurité**

Il est essentiel que toute personne puisse se procurer de l'information ayant trait à sa santé et sa sécurité et qu'elle soit en mesure de la comprendre. Une mauvaise compréhension risque d'avoir un effet néfaste sur la santé.

C'est pourquoi l'Association pour la santé publique de l'Ontario (ASPO), en collaboration avec le Collège Frontier a mis sur pied le Projet alphabétisation et santé ayant pour thème : « Rendre le monde plus sain et sans danger pour les personnes qui ne savent pas lire ».

Trois instances gouvernementales ont prêté leur concours financier au projet : le ministère ontarien de la Formation professionnelle (Unité de l'alphabétisation communautaire), le ministère ontarien de la Santé (Direction de la promotion de la santé) et le Secrétariat d'État (Secrétariat national à l'alphabétisation).

## VUE D'ENSEMBLE

**principaux problèmes de santé**

Cette enquête, menée durant neuf mois, avait pour objectif d'étudier certaines questions précises. Nous cherchions notamment à cerner les principaux problèmes de santé dont souffrent les personnes moins alphabétisées. Nous espérions

BEST COPY AVAILABLE

**réseau**

aussi créer un réseau d'organismes et d'intervenants oeuvrant dans divers domaines et disciplines tels que l'alphabétisation, la santé, les services sociaux, la médecine,

**stratégies**

les affaires et le gouvernement. Notre but final : l'élaboration de stratégies pour régler la question du lien entre l'alphabétisation et la santé.

Le Comité de direction du projet a établi un plan de travail et des stratégies de recherche en fonction des objectifs du projet. Ce comité réunissait le directeur général de l'ASPO, Peter Elson, l'agent de liaison avec le Conseil de l'ASPO, Ron Labonté (qui a remplacé Carol Farkas), le chef de programme du Collège Frontier, Bruce Kappel, la chef de projet, Salli Abbott, et le coordonnateur de la recherche, Burt Perrin.

## LA RECHERCHE

La recherche avait pour objectif de déterminer le lien entre l'alphabétisation et la santé. Nous nous sommes donc attardés sur des questions telles que :

**mauvaise santé?**

- Le faible niveau d'instruction provoque-t-il une détérioration de la santé? Comment? Pourquoi?

**sensibilisation?**

- Comment les personnes qui ont de faibles compétences en lecture obtiennent-elles de l'information en matière de santé? Les renseignements en matière de services de santé et de soins sont-ils adaptés à leurs besoins? Les spécialistes de la santé et de la médecine savent-ils qu'il existe un lien entre certains problèmes de santé et l'analphabétisme?

**solutions?**

- Par quels moyens pouvons-nous résoudre ces problèmes?

Entre les mois de juin et de septembre 1988, nous avons recueilli de l'information de plusieurs sources en vue de répondre à ces questions.

***Commentaires des organismes communautaires en ce qui concerne les problèmes de santé et d'alphabétisation :***

De nombreux organismes partout dans la province ont reçu un questionnaire traitant de leurs connaissances relatives aux problèmes de santé liés à l'analphabétisme et leur demandant de proposer des solutions. Nous avons interrogé de nombreux intervenants oeuvrant dans des circonscriptions sanitaires, des centres de santé communautaire, des conseils régionaux de santé et des groupes communautaires d'alphabétisation.

problèmes et démarches possibles

Les résultats du sondage se sont avérés d'une quantité et d'une qualité inespérées[2]. Bon nombre des participants avaient l'expérience des problèmes de santé liés à l'alphabétisation et étaient fort reconnaissants de pouvoir partager leurs idées sur la question. Ils ont présenté plusieurs exemples concrets ainsi que certaines démarches qui avaient été entreprises pour résoudre ces problèmes.

*Étude des documents :*

information

Nous avons effectué une analyse approfondie des documents, tant publiés qu'inédits, en provenance du Canada et de pays étrangers. Nous avons aussi étudié des

statistiques

statistiques sur l'état de santé fournis par des sondages ou d'autres sources[3].

Nous avons ainsi obtenu de l'information fort pertinente provenant de sources diverses. Les données manquaient toutefois de cohésion et les chercheurs avaient prêté fort peu d'attention au lien entre la santé et l'alphabétisation. Les auteurs de certains documents qui renfermaient des données pertinentes (des sondages sur l'état de santé, par exemple) n'avaient pas prévu les rapports éventuels entre leurs données et l'alphabétisation, ni l'utilisation possible de leurs résultats.

Autant que nous sachions, la présente étude représente, jusqu'à présent l'examen le plus exhaustif jusqu'à présent du lien entre l'alphabétisation et la santé.

*Études de cas :*

Nous avons effectué trois études de cas dans trois endroits différents : un centre rural qui bénéficie de nombreux services, une collectivité desservie par un centre de santé communautaire et une localité dotée d'un programme d'alphabétisation. L'objet était d'approfondir certaines des questions soulevées dans quelques autres localités. L'étude consistait à effectuer des entretiens avec des groupes et des personnes associées à chaque service, y compris si possible, le personnel et les apprenants.

*Intervenants clefs :*

Nous avons interviewé des intervenants clefs dans toutes les régions du Canada et à l'extérieur – des personnes ou des chercheurs qui connaissaient le domaine ou qui pouvaient nous renvoyer à d'autres intervenants ou à des documents pertinents.

L'information ainsi recueillie était d'une cohérence très marquée. En règle générale, les réponses aux lettres et les études de cas sont venues confirmer les statistiques et les rapports de recherches que nous avions analysés.

## LA CONSULTATION

Les résultats des recherches ont fait l'objet de présentations et de discussions publiques à partir d'octobre 1988. Ce processus de consultation comprenait des ateliers dans toutes les régions de l'Ontario, un atelier réunissant des représentants de tous les coins de la province et, enfin, une réunion de stratégie.

*Les ateliers régionaux :*

Durant le mois d'octobre 1988, des ateliers régionaux ont eu lieu à Hamilton, à Ottawa, à Toronto, à Thunder Bay, à Sudbury, à Kitchener-Waterloo et à London. Les objectifs de ces rencontres étaient les suivants :

**recherches**

- expliquer les recherches effectuées jusqu'alors

observations

- recueillir des observations et des exemples précis de problèmes de santé qui sont liés à l'analphabétisme

solutions

- trouver les solutions actuelles et éventuelles

intervention

- créer des réseaux pour intervenir de façon organisée et permanente.

Environ quinze personnes ont participé à chacun des ateliers au nom de leurs collègues oeuvrant dans les domaines de l'alphabétisation, de la santé, de la pharmaceutique et des services sociaux. Ces personnes avaient été choisies en fonction de leur compréhension du lien qui existe entre le niveau d'alphabétisation et la santé et de leur connaissance directe de la question. Certains participants avaient rempli le questionnaire lors du sondage. D'autres prenaient contact avec le projet pour la première fois.

Même si chacun des ateliers se déroula selon la même formule, les discussions ne furent pas les mêmes dans toutes les régions. Les ateliers traitaient tous de quatre grandes questions :

- la consommation de drogues
- le recours aux services et à l'information
- la santé des parents et des enfants
- les milieux sains et sans danger.

l'optique globale

Certains intervenants ont examiné la question dans une optique globale en reliant l'analphabétisme à des problèmes sociaux tels que la pauvreté, la pénurie de logements convenables et le chômage. Quelques-uns des participants jouaient un rôle plus actif que d'autres dans la lutte communautaire pour résoudre les problèmes de santé liés à l'analphabétisme.

***La consultation provinciale :***

élaborer des stratégies

Les 28 et 29 novembre 1988 avait lieu, à Toronto, une rencontre provinciale réunissant soixante intervenants oeuvrant dans les domaines de l'alphabétisation, de la santé et des services sociaux ainsi que des représentants des gouvernements fédéral et provincial. Les activités du premier

jour furent axées sur la présentation des résultats et la formulation de stratégies visant des problèmes précis. Le lendemain, les participants examinèrent les problèmes sous une optique globale. C'est ainsi que furent élaborées des stratégies ayant pour objet d'apporter des améliorations concrètes à ces problèmes sociaux.

***La rencontre stratégique :***

**synthétiser l'information**

Le Comité de direction du projet a procédé à la synthèse de l'information recueillie au cours des étapes de recherche et de consultation. À partir de ces données, les membres du

**champs d'action**

comité ont délimité les champs d'action et proposé des stratégies pour atteindre les objectifs. Leur rapport a été soumis à une équipe stratégique composée d'onze intervenants qui avaient participé soit à un atelier régional, soit à la réunion de consultation provinciale ou aux deux. Cette équipe s'est réunie le 17 février 1989 pour résumer les

**recommandations**

recommandations et dresser la structure qui permettrait au projet de passer à l'étape suivante.

***Les groupes spéciaux :***

Il est ressorti des consultations que certains groupes -- les Autochtones, les Franco-Ontariens, les personnes handicapées, les personnes âgées et les immigrants, par exemple -- ont des inquiétudes particulières en ce qui concerne l'alphabétisation et la santé. Il importe donc de leur accorder une attention spéciale. Lors de la deuxième étape du projet, nous présenterons à chacun de ces groupes l'information que nous avons recueillie et leur offrirons le soutien dont ils ont besoin pour s'attaquer aux problèmes qui sont propres à leur situation.

# NOTES

1. Sondage « Literacy in Canada » mené par Southam en 1987.

2. Les 368 lettres que nous avions envoyées nous ont rapporté 107 réponses. Ceci représente un taux de réponse de 18 p. 100 de la part des groupes communautaires d'alphabétisation et de 65 p. 100 de la part des circonscriptions sanitaires.

3. La liste des articles et des documents figure à la Bibliographie.



90

# IV. RÉSULTATS DES RECHERCHES

## QU'EST-CE QUE L'ANALPHABÉTISME?

**compréhension**

L'alphabétisation est un concept relatif. Il existe des degrés d'alphabétisation et aucune caractéristique fixe ne distingue l'analphabète de l'alphabétisé. L'alphabétisation ne se limite pas à la simple lecture, ou décodage, de mots. Elle englobe d'autres compétences telles que la compréhension, l'assimilation et l'aptitude à exprimer des raisonnements.

Les recherches effectuées par Eisemon[1] et d'autres ont démontré que la « connaissance antérieure » que nous avons d'un domaine donné exerce aussi une influence sur la compréhension ou le niveau d'alphabétisation. Par exemple, pour la personne qui n'a aucune connaissance sur les micro-organismes un rapport sur l'immunisation risque d'être incompréhensible. Cette définition élargie de l'alphabétisation entraîne des conséquences pour les personnes chargées de

présenter de l'information compréhensible en matière de santé.

**« illettré absolu » et « illettré fonctionnel »**

Une personne qui est absolument incapable de lire ou d'écrire est dite « illettrée absolue ». Plus nombreux cependant sont les « illettrés fonctionnels » – des personnes qui ne possèdent pas les rudiments de lecture, d'écriture et de calcul nécessaires à la vie quotidienne. La valeur relative de ce concept est intentionnelle puisque les connaissances et les compétences dont on a besoin pour faire face aux exigences de la vie varient selon la société et la collectivité dans laquelle on vit. Car ces exigences sont variables. Au fur et à mesure que l'économie de fabrication se transforme en économie axée sur l'information, même les emplois de débutants exigent des connaissances avancées en lecture, en écriture et en calcul.

**économie axée sur l'information**

L'étude *Literacy in Canada*, menée par Southam en 1987, mesurait le niveau d'alphabétisation au moyen d'épreuves de lecture. Selon leurs résultats, 24 p. 100 des adultes en Ontario sont illettrés fonctionnels et 20 p. 100 des Ontariens et Ontariennes originaires du Canada (ceci exclut les immigrants) sont illettrés.

Cependant, les moyens permettant de mesurer directement le niveau d'alphabétisation sont peu nombreux. La définition courante du terme illettré fonctionnel se fonde sur la suivante, établie par l'Unesco : une personne qui n'a pas terminé neuf années de scolarité. Or, selon ce critère, 19 p. 100 des adultes en Ontario seraient illettrés fonctionnels.

L'étude Southam a isolé deux autres groupes pertinents. D'abord, les « faux illettrés », c'est-à-dire les personnes qui ont les compétences nécessaires en lecture et en écriture, bien qu'ayant terminé moins de neuf années de scolarité; puis les « faux lettrés », ou les personnes qui sont illettrées fonctionnelles en dépit d'avoir terminé plus de neuf années d'études. Même si on ne réussit pas toujours à évaluer le niveau d'alphabétisation des individus au moyen des années de scolarité, ce critère s'avère fort efficace pour mesurer le taux d'alphabétisation des collectivités ou des sociétés car il produit des résultats qui ne sous-estiment la réalité que de 5 p. 100. Ainsi, malgré ses désavantages, il demeure un

indicateur utile. La plupart des recherches s'appuient d'ailleurs sur ce critère pour mesurer le degré d'alphabétisation.

Notre étude portait sur l'analphabétisme plutôt que sur l'inaptitude à parler ou à écrire le français ou l'anglais. Or, deux autres questions connexes sont importantes :

- Nos recherches démontrent que les immigrants, qui ne sont illettrés que dans leur langue maternelle, souffraient, comme d'autres analphabètes, de problèmes de santé.

- Les communications écrites et orales qui ne tiennent pas compte du milieu culturel ou sous-culturel du public cible s'avèrent peu compréhensibles.

## L'ALPHABÉTISATION ET L'ÉTAT DE SANTÉ

L'objet de la présente étude était d'abord de relever les problèmes de santé qui résultent de compétences limitées en lecture. Or, les résultats démontrent que les personnes peu alphabétisées présentent un état de santé inférieur au reste de la population.

**faible opinion de son propre état de santé**

L'opinion qu'a une personne de son propre état de santé est l'un des facteurs les plus fréquemment utilisés pour évaluer l'état de santé[2]. Le sondage sur la promotion de la santé a révélé que 27 p. 100 des personnes qui ont terminé leurs études primaires ou qui n'en ont fait qu'une partie qualifient leur état de santé de passable ou pauvre. Des personnes qui ont effectué quelques années d'études secondaire, seulement 17 p. 100 estiment que leur santé est passable ou pauvre. Ce chiffre passe à 9 p. 100 chez les diplômés d'études secondaires, à 8 p. 100 chez les personnes qui ont effectué des études postsecondaires partielles et à 6 p. 100 chez les personnes qui détiennent un diplôme collégial ou universitaire. D'autres études ont donné des résultats fort semblables.

**activité limitée**

L'activité limitée est un autre facteur servant à évaluer l'état de santé[3]. Des personnes qui ont une scolarité primaire ou moins, 26 p. 100 disent que leur activité est limitée, alors que ce chiffre est de 16 p. 100 chez ceux qui ont fait des études

secondaires partielles et de 11 p. 100 chez les diplômés d'université.

**nombre élevé d'accidents**

L'activité limitée découle parfois d'un accident. Nos recherches ont révélé que les moins scolarisés sont plus portés que les autres à être victimes d'accidents, non seulement au travail mais aussi au foyer et ailleurs.

Nombre de facteurs autres que l'analphabétisme ou la faible scolarisation sont également reliés aux problèmes de santé; par exemple, l'âge, le revenu et des variables environnementales. Dans quelle mesure les problèmes de santé attribués à l'analphabétisme et à la scolarisation résulteraient-ils, en fait, d'un ou de plusieurs de ces facteurs? Dans quelle mesure l'analphabétisme résulterait-il d'un mauvais état de santé, plutôt que l'inverse?

BEST COPY AVAILABLE

**l'alphabétisation est la principale variable qui influence l'état de santé**

Divers chercheurs ont exploré l'influence relative exercée sur la santé par un large éventail de variables. Ils ont tous isolé l'alphabétisation ou la scolarisation comme étant le facteur principal. Citons, à titre d'exemple, Leigh, qui ayant examiné quelques 20 facteurs, concluait que : « Les années de scolarisation demeurent un indicateur de bonne santé, peu importe quelles autres variables interviennent dans l'équation ou la méthode servant à mesurer l'état de santé. »[4]

Encore plus révélateur est le rapport de la Banque mondiale sur les effets de la scolarisation sur la santé[5]. *On y lit que l'alphabétisation est la principale variable associée à la mortalité, bien avant le revenu et la consommation de nourriture!*

## QUEL EST LE LIEN ENTRE L'ANALPHABÉTISME ET LA MAUVAISE SANTÉ?

L'analphabétisme entraîne-t-il une détérioration de la santé? Il n'existe évidemment aucune réponse simple à cette question. Les répercussions sont d'une grande complexité. Il semblerait toutefois que l'analphabétisme exerce sur la santé un effet indirect ainsi qu'un effet direct plus prononcé. Certains de ces facteurs sont examinés ci-dessous.

## L'EFFET DIRECT DE L'ANALPHABÉTISME SUR LA SANTÉ

Les documents que nous avons dépouillés fournissent peu d'information au sujet des répercussions directes de l'analphabétisme sur la santé. En revanche, les questionnaires soumis aux intervenants en santé communautaire et en alphabétisation et nos études de cas nous ont révélé de nombreux exemples de problèmes de santé, souvent d'une gravité qui exigeait un séjour à l'hôpital, qui étaient directement reliés au niveau d'alphabétisation. Voici des exemples concrets des genres de problèmes qui nous ont été signalés[6].

***Mauvaise utilisation de médicaments :***

Environ la moitié des répondants au questionnaire ont affirmé avoir connu des cas de mauvaise utilisation de

mauvaise compréhension

incapacité à lire

médicaments ou de mauvaise compréhension des instructions pour leur emploi. C'était le cas des médicaments en vente libre aussi bien que des médicaments prescrits. Des patients, en raison de leur incapacité à lire leur ordonnance, ont pris des doses supplémentaires par erreur et confondu différentes drogues. Dans certains cas, les conséquences sont graves :

*Administration incorrecte de médicaments – tant les médicaments en vente libre que les ordonnances. Les clients se fient à la couleur des comprimés et sont mêlés lorsqu'on leur donne une autre marque de médicaments qui sont de couleur différente. Incapacité des clients à lire les instructions – ils prennent trop ou pas assez de médicament ce qui a des effets indésirables.*

*Patient en gériatrie admis à l'hôpital pour une overdose de somnifères – il ne lisait ni l'anglais ni sa langue maternelle et ne pouvait distinguer entre divers médicaments ni se souvenir des heures auxquelles il devait les prendre – overdose accidentelle.*

*Une patiente épileptique ne pouvait distinguer différents médicaments. Elle croyait qu'il s'agissait de vitamines et ne comprenait pas à quoi elles servaient.*

*Ne pas suivre les ordres du médecin :*

Nous avons recueilli de nombreux exemples de personnes qui ne suivaient pas les conseils de leur médecin, soit parce qu'elles étaient incapables de lire les instructions ou que les instructions orales étaient présentées d'une façon qui, pour elles, était inintelligible. Voici quelques exemples :

ne pas suivre les ordres

incompréhension

*Des personnes diabétiques qui ne suivaient pas le traitement prescrit, ne prenaient pas leur insuline ou ne pouvaient lire les étiquettes sur les produits alimentaires afin d'éviter ceux qui contiennent du sucre.*

*Les résultats d'interventions chirurgicales et d'analyses sont parfois faussés parce que le patient n'était pas bien préparé – il n'a ni compris ni suivi les directives parce que celles-ci sont incompréhensibles.*

*Un homme, âgé de quarante-huit ans, cardiaque, ne pouvait pas lire les instructions que lui avait données son médecin sur les*

*démarches à suivre relativement à une intervention médicale spéciale.*

*Un couple a cessé d'utiliser des contraceptifs parce qu'il ne comprenait pas le concept et qu'il était incapable de lire les instructions et les documents pertinents.*

***Erreurs dans la préparation de biberons :***

**mauvaise utilisation**

Des cas de mauvais emploi de lait pour bébés ont été signalés de façon spontanée par 13 p. 100 des participants au sondage.

*Incapacité à lire les instructions sur la boîte de lait.*

*Certaines mères ne rajoutent pas d'eau au lait concentré, alors que d'autres diluent le lait prêt à servir -- la santé du bébé est en danger.*
*Un couple illettré nourrissait son enfant au biberon. Le bébé était « difficile » alors le père a décidé de lui donner plutôt du lait « Carnation » en rajoutant très peu d'eau, puis s'est mis à lui donner du lait entier. Il a changé ainsi quatre fois le biberon du bébé. Celui-ci a souffert de déshydratation et a dû être hospitalisé.*

*Une jeune étudiante dans un groupe d'alphabétisation s'apprêtait à nourrir son nouveau-né d'Enfalac sans y rajouter d'eau. Elle ne pouvait pas lire les instructions sur la boîte.*

***Risques à la sécurité :***

**ne pas savoir lire ni comprendre les avertissements**

Certaines personnes ne peuvent ni lire ni comprendre les avertissements en matière de sécurité, notamment sur les lieux de travail. Bien qu'il n'existe aucune preuve quantitative du nombre d'accidents qui résultent directement de l'analphabétisme, nous avons recueilli quelques exemples de problèmes similaires. Le Conseil consultatif sur la santé et la sécurité au travail cite les cas suivants :

*Une nouvelle recrue qui ne savait pas lire est arrivée à un chantier de construction et on lui a demandé de se procurer des bottes pour le travail. Il a acheté des bottes qui, de l'extérieur, ressemblaient à celles que portaient ses collègues, mais l'absence d'une couche protectrice en métal s'est avérée significative par la*

*suite lorsque ce travailleur s'est blessé au pied.*

*Un travailleur s'est blessé en maniant des substances chimiques. Des avertissements figuraient sur l'étiquette, mais il ne savait pas lire.*

*Des travailleurs ont interprété un dessin illustrant la façon « incorrecte » d'effectuer une tâche comme étant la façon « correcte » de le faire. Le résultat : un nombre accru d'accidents.*

Mais les risques à la sécurité ne se retrouvent pas uniquement sur les lieux de travail. Un intervenant nous a donné l'exemple suivant :

*Une apprenante s'est vue retirer la garde de son enfant parce que celui-ci est tombé malade après avoir joué dans l'eau polluée. La Société d'aide à l'enfance accusait la mère de négligence car elle n'avait pas lu les avis postés dans la région. La mère avait honte d'avouer qu'elle ne savait pas lire.*

## CONSÉQUENCES INDIRECTES DE L'ANALPHABÉTISME SUR LA SANTÉ

Ces problèmes de santé, qui résultent directement de l'incapacité à lire, sont importants et graves. Cependant, nos recherches ont révélé un fait tout aussi remarquable : ces répercussions directes ne représentent que la pointe de l'iceberg.

Il ressort des documents que nous avons recensés et de nos propres données que la plus grande influence de l'analphabétisme sur la santé s'exerce indirectement. Par exemple, comme l'affirme Leigh : « Deux sondages effectués à l'échelle nationale démontrent la dominance des effets indirects sur les effets directs... Les statistiques révèlent que certaines variables telles le tabagisme, l'exercice physique et la profession interviennent de façon non négligeable sur le lien entre la scolarisation et la santé. »[7]



98

**dominance des conséquences indirectes**

L'analphabétisme conduit à des modes de vie indésirables, engendre le stress, impose des conditions de vie et de travail malsaines. Les analphabètes n'ont pas suffisamment accès à l'information en matière de santé et font un usage incorrect des services médicaux et de santé. Par ailleurs, l'analphabétisme entraîne souvent le chômage et la pauvreté. Et, comme on le démontrera ci-dessous, ces facteurs ont, à leur tour, des effets néfastes sur la santé.

***Modes de vie sains :***

**comportements malsains**

Les personnes peu alphabétisées sont plus portées que d'autres à adopter toute une gamme de comportements malsains et ont moins tendance à pratiquer des mesures de prévention.

Par exemple, en comparaison avec le reste de la population, les moins lettrés sont plus portés à :

- fumer une grande quantité de cigarettes
- avoir une mauvaise alimentation
- consommer de fortes quantités de café
- ne pas pratiquer régulièrement des activités physiques
- ne pas boucler leur ceinture de sécurité
- ne pas pratiquer l'auto-examen du sein et ne pas subir des test pap
- ne jamais avoir fait prendre leur tension artérielle
- ne pas posséder d'extincteur d'incendie, de détecteur de fumée ou de trousse de premiers soins.

Un grand nombre de chercheurs ont obtenu des résultats semblables et les répondants à notre sondage confirment cette information. Par ailleurs, en plus d'adopter fréquemment des comportements dangereux, les moins alphabétisés ont une compréhension limitée de la portée des pratiques saines.

D'ailleurs, comme l'ont démontré le sondage canadien sur la promotion de la santé et d'autres sondages importants, la consommation d'alcool est le seul facteur de risque à ne pas figurer plus fortement chez les moins lettrés. En fait, les personnes ayant un niveau élevé de scolarisation sont plus portées à consommer des quantités excessives d'alcool et à prendre le volant après avoir bu.

L'influence de ces facteurs de risque sur la santé a fait l'objet de nombreuses études. Certains chercheurs estiment que les modes de vie malsains, alliés à l'absence de mesures préventives, constituent probablement l'une des principales causes du mauvais état de santé des personnes peu alphabétisées.

**éviter de « blâmer la victime »**

Il importe de se garder de « blâmer la victime » dans ce genre d'analyse. En effet, plusieurs facteurs limitent la possibilité qu'ont ces personnes de prendre des décisions judicieuses touchant leur mode de vie.

**possibilités limitées**



100

*L'alphabétisation et la pauvreté :*

Les répercussions de la pauvreté sur la santé ont attiré l'attention d'un nombre considérable de chercheurs et les rapports sont nombreux.

**disparités de santé**

**mortalité précoce**

**maladies fréquentes**

**jouissent d'une parfaite santé pendant moins d'années**

Au Royaume-Uni, la commission Black a étudié l'inégalité de l'état de santé des personnes ayant un faible revenu. Au Canada, on s'est également penché sur les disparités de santé chez les pauvres. Par exemple, une étude menée pour le Comité d'examen de l'aide sociale (SARC)[8] a examiné le lien entre la pauvreté et l'état de santé, et démontré que les pauvres vivent moins longtemps que les mieux nantis, sont malades plus souvent et jouissent moins longtemps d'une parfaite santé.

**mortalité et morbidité élevées**

Lors de son étude des documents préparés par les organismes communautaires, l'Organisation nationale anti-pauvreté a découvert « un lien inexorable entre le faible revenu et les taux élevés de mortalité et de morbidité »[9]. Fait surprenant, ce rapport fait état de l'opinion répandue que les problèmes de santé engendrés par la pauvreté découlent de la faim ou d'une mauvaise alimentation, des milieux insalubres et du stress. Labonté[10] s'est également penché sur certains des mécanismes qui lient un faible statut socio-économique à un mauvais état de santé.

**la scolarité : un prérequis**

Dans quelle mesure les problèmes de santé découlent-ils de l'analphabétisme plutôt que du faible revenu ou de la pauvreté? Bien que la faible scolarisation ne constitue pas la seule cause de la pauvreté, de toute évidence, elle y joue un rôle important. Dans la majorité des cas, l'instruction est le prérequis qui permet d'obtenir un emploi et de gagner un salaire suffisamment élevé pour éviter la pauvreté ou s'en sortir.

**emplois marginaux, mal rémunérés et qui exigent de faibles compétences**

Plus de la moitié des assistés sociaux en Ontario sont illettrés fonctionnels. Seulement 40 p. 100 des Ontariens ayant terminé moins de neuf années de scolarité détiennent un emploi; 55 p. 100 de ceux-ci ne sont même pas sur le marché du travail. Et s'ils ont un emploi, il y a de fortes chances que les illettrés fonctionnels occupent un poste marginal, mal rémunéré, qui exige peu de compétences et n'offre aucune

les illettrés fonctionnels occupent un poste marginal, mal rémunéré, qui exige peu de compétences et n'offre aucune stabilité. Ces facteurs, ainsi que d'autres, ont incité le Comité d'examen de l'aide sociale à conclure que : « des compétences de base en lecture, en écriture et en calcul sont essentielles à presque tout emploi. »[11] Rea, qui partage cet avis, a aussi affirmé que : « En termes simples, les illettrés et semi-illettrés trouveront infiniment plus difficile de trouver un emploi rémunéré dans une économie qui est de plus en plus axée sur l'information. »[12]

Il est non seulement nécessaire d'être lettré pour obtenir un poste qui offre un salaire permettant de vivre au-dessus du seuil de pauvreté, mais de nombreux programmes de formation exigent une dixième, une onzième et même une douzième année. Par conséquent, les illettrés fonctionnels ne sont même pas admissibles aux programmes de formation professionnelle, y compris le Programme d'initiatives en faveur de l'emploi du ministère des Services sociaux et communautaires. Or, ces programmes sont conçus spécialement pour permettre aux assistés sociaux d'acquérir les compétences qui mèneront à une plus grande indépendance.

Nous ne cherchons surtout pas à minimiser les liens directs entre la pauvreté et les problèmes de santé. Au contraire, la pauvreté agit directement sur la santé et de bien des façons. L'analphabétisme, la pauvreté et la santé sont manifestement liés. La pauvreté, tout comme les problèmes de santé qu'elle entraîne, résulte, en grande partie, de l'analphabétisme et de la faible scolarisation.

***Le stress et la faible estime de soi :***

Notre examen des documents publiés dans ce domaine, les résultats du sondage et de nos études de cas font tous ressortir le lien entre l'analphabétisme, le stress et le mauvais état de santé.

**stress élevé**

**faible estime de soi**

On remarque chez les personnes moins alphabétisées un niveau élevé de stress et une faible estime de soi. Il n'est pas facile de vivre dans un monde où les compétences en lecture sont considérées comme un acquis et sont essentielles à

l'accomplissement de nombreuses activités quotidiennes. Ainsi, ceux qui ne les possèdent pas doivent « se tirer d'affaire » sans bénéficier de l'information à laquelle ont accès les mieux scolarisés. Ceci suscite des sentiments de frustration, de rage et de honte. La faible estime de soi rend difficile la recherche fructueuse d'un emploi; elle constitue également une entrave aux contacts sociaux. Cette situation accentue le stress et augmente le risque de problèmes de santé.

**vulnérabilité**

**impuissance**

Le manque de connaissances suffisamment avancées en lecture pour faire face aux exigences de la société, suscite des sentiments de vulnérabilité et d'impuissance. Et cette vulnérabilité est tout à fait réelle. Les postes ouverts à des personnes peu lettrées sont habituellement à un échelon inférieur, de durée limitée et les personnes qui les occupent ont très peu d'influence sur leurs conditions de travail. D'ailleurs, les assistés sociaux sont souvent considérés par le reste de la société comme ayant renoncé à leur indépendance; opinion qu'ils partagent souvent eux-mêmes. La pauvreté qui en résulte ne fait qu'amplifier le stress. L'Organisation nationale anti-pauvreté a signalé le stress comme étant le principal danger à la santé de personnes pauvres.

*Milieux de travail dangereux :*

**nombreux accidents du travail**

Bien que les données actuelles ne soient pas concluantes, il appert que les personnes moins lettrées sont victimes d'un nombre disproportionné d'accidents du travail. Ceci découlerait principalement du fait que les emplois auxquels

**emplois dangereux**

ils ont accès sont, en général, plus dangereux. Un nombre disproportionné d'illettrés fonctionnels travaillent dans les industries primaires, l'exploitation des richesses naturelles et le domaine de la construction. Ces industries connaissent un taux d'accidents bien plus élevé que la moyenne.

Par ailleurs, une bonne partie de l'information sur la santé et la sécurité au travail n'existe que sous forme écrite[13]. Un sondage effectué auprès de personnes inscrites à un programme d'alphabétisation[14] a révélé que :

- presque tous les participants avaient dû lire des documents ayant trait à la santé et la sécurité au travail et que tous avaient eu quelque difficulté à le faire

- la majorité de participants ne tenaient pas compte des instructions qu'ils ne pouvaient pas lire

- seulement la moitié environ des personnes interrogées avaient reçu une explication orale de leurs tâches.

Par ailleurs, il est moins probable que les travailleurs peu alphabétisés soient conscients des dangers dans leur milieu de travail et connaissent leurs droits en vertu des lois en matière de santé et de sécurité au travail. Et, s'ils connaissent leurs droits, ces travailleurs ne sont vraisemblablement pas en mesure de les revendiquer.

Voici comment le Comité consultatif sur la santé et la sécurité au travail décrit la situation :

> *Les problèmes d'ordre pratique que soulève la recherche fructueuse d'un emploi, la crainte de perdre un emploi en raison de son faible niveau d'alphabétisation, les possibilités d'emploi limitées et le manque de confiance en soi sont tous des facteurs qui empêcheront vraisemblablement le travailleur illettré d'exprimer son opinion sur les problèmes de santé et de sécurité*

*au travail et de participer de manière efficace à leur résolution. Souvent, les illettrés fonctionnels sont défavorisés sur le plan socio-économique et les « stigmates » associés à l'analphabétisme les incitent à dissimuler leur incapacité à lire, à écrire et à comprendre des documents écrits et les dissuadent de demander de l'aide.*

**la présence de dangers**

**instructions ou formation insuffisante ou mal adaptée**

Les recherches démontrent, comme le fait valoir Ramirez[15], que c'est l'emploi et non le travailleur qui est dangereux. Selon le Conseil consultatif : « Les accidents relevaient plutôt de la présence de dangers sur les lieux de travail et de directives ou de la formation insuffisantes ou mal adaptées. »

***Accès à l'information en matière de santé :***

*Lire l'information*

**inaccessible**

La majeure partie de l'information en matière de santé est disséminée sous forme de documents écrits, la rendant ainsi inaccessible aux moins alphabétisés. Ceci comprend l'information diffusée tant par les organismes de santé et de services sociaux que par les médias populaires et d'autres organismes.

**dominance de l'écrit**

L'écrit est le principal moyen qu'utilisent les organismes de santé pour diffuser des renseignements sur la santé et les modes de vie. Par conséquent, cette information est inaccessible aux analphabètes.

**simplifier la langue**

Les intervenants dans le domaine de la santé sont de plus en plus nombreux à reconnaître qu'une bonne partie des documents écrits sont peut-être trop complexes et qu'il faudrait en simplifier la langue. Cette orientation vers une plus grande lisibilité rendra les documents plus accessibles et plus utiles pour bien des personnes.

*Il existe, cependant, un grand nombre de personnes qui ne peuvent ou ne veulent pas lire l'information écrite, peu importe le niveau de complexité.*

**traductions difficiles**

On assiste actuellement à une multiplication des brochures et des dépliants traduits de l'anglais. On nous a signalé, cependant, que la langue de bon nombre de ces traductions est d'une trop grande complexité rendant ainsi la compréhension difficile.

**adapter au lieu de traduire**

Peu importe la présentation, une bonne partie de l'information en matière de santé risque de s'avérer non pertinente à certains groupes culturels. Aussi convient-il *d'adapter* l'information plutôt que de la *traduire* afin d'en assurer la clarté et la pertinence.

**emploi de symboles compliqués**

Certains préconisent l'emploi de symboles pour communiquer avec des personnes dont les compétences en lecture sont limitées. Or, bon nombre de ces symboles sont incompréhensibles. En règle générale, plus un symbole est abstrait, plus il risque d'être mal compris. Comme c'est le cas pour les mots, chaque personne accorde une signification aux symboles selon son expérience antérieure avec ces

symboles et le contexte dans lequel ils sont utilisés. Par conséquent, il semblerait que les symboles sont encore moins parlant pour les analphabètes que pour le reste de la population.

**vocabulaire limité**

**connaissances limités sur la santé**

L'alphabétisation est plus que le simple décodage des mots, elle inclut aussi la compréhension et c'est là le plus important. Or, pour assurer la compréhension de l'information sur la santé, quel qu'en soit le mode de présentation, il est essentiel de suivre certains principes fondamentaux de communication. Ceci implique l'adaptation des messages au mode de vie du public cible et, le cas échéant, la vérification des connaissances acquises. Les moins alphabétisés ont parfois un vocabulaire limité et de faibles connaissances en matière de santé.

À moins de tenir compte de ces éléments, les professionnels de la santé risquent de découvrir que même leurs instructions verbales sont incompréhensibles pour les analphabètes. Les intervenants ont fréquemment recours à des documents écrits pour appuyer leurs instructions verbales ou pour rappeler au patient certains détails. Or, ceux-ci ne sont d'aucune utilité pour les personnes qui sont incapables de les lire.

**mal informés**

Aussi est-il peu surprenant de découvrir que de nombreux analphabètes n'ont qu'une faible compréhension des questions relatives à la santé et sont souvent mal informés. Il est vrai que l'effet de l'information en matière de santé sur le comportement et l'état de santé n'a pas fait l'objet d'analyses sérieuses. Mais les initiatives dans le domaine de la promotion de la santé semblent toutefois s'être traduites par de meilleures habitudes de santé. Par exemple, la publicité sur les dangers tabagisme a réduit le nombre de fumeurs et l'information sur la nutrition a entraîné une amélioration des habitudes alimentaires. Par conséquent, étant donnée l'utilité de cette information écrite, son inaccessibilité aux analphabètes ne peut qu'avoir des conséquences négatives sur leur santé.

***Mauvais usage ou aucun usage des services médicaux et de santé :***

**trouver des services**

Nombre de documents attestent du fait que les moins lettrés sont souvent en peine pour trouver des soins de santé. Dans bien des cas, ces personnes ne savent pas quels services communautaires ou de santé sont offerts. Même s'ils en connaissent l'existence, ils ne savent pas comment s'en prévaloir. On nous a cité des exemples de personnes qui n'avaient pas l'assurance-maladie RAMO. Certains étaient incapables de remplir les formulaires de demande, d'autres ne savaient pas qu'ils pouvaient demander une exemption des primes, d'autres encore n'avaient jamais même entendu parler du régime!

Dans un cas (signalé par un répondant au questionnaire), un jeune garçon s'est coupé au front, près de l'oeil, lors d'une chute. Sa mère, nouvellement arrivée dans la ville, ne connaissait pas l'emplacement de l'hôpital et était incapable de consulter l'annuaire téléphonique. Par conséquent, l'enfant n'a pas reçu de soins médicaux d'urgence et a failli perdre son oeil.

Certaines personnes ont peur de demander de l'aide ou trouvent gênant de le faire. Une intervenante en santé résume la situation de la façon suivante :

> *La timidité des clients en raison de leur analphabétisme est un problème considérable. Ils se sentent trop embarrassés pour demander au médecin ou à la travailleuse sociale de leur expliquer les ordonnances, les descriptions de leur maladie... Ils se fient aux conseils de leurs amis pour se prescrire des médicaments sans ordonnance.*

**tenir des rendez-vous**

**suivre des instructions**

L'analphabétisme mène également à l'usage incorrect des services et des soins médicaux. Par exemple, les moins alphabétisés ont parfois du mal à se souvenir de leurs rendez-vous ou à suivre les instructions du médecin. On nous a signalé au moins un cas où on a dû remettre une intervention chirurgicale en raison de l'incapacité du patient

**négligence des soins préventifs**

Certaines personnes réagissent de manière excessive aux problèmes de santé dont ils croient souffrir, alors que d'autres font un usage abusif des services d'urgence des hôpitaux. Mais dans bien des cas, et pour diverses raisons, les analphabètes négligent les soins préventifs et ne consultent le médecin qu'au moment où leur problème de santé atteint un état critique. Or, comme le fait remarquer Leigh[16], la scolarisation nous donne les moyens de faire un emploi judicieux des services médicaux.

Il arrive que les moins alphabétisés suivent mal les ordres de leur médecin. Ceci découle en partie de leur incompréhension des instructions ou des ordonnances. Mais, plus souvent, il s'agit d'une mauvaise compréhension des instructions verbales. Car dans bon nombre de cas, les intervenants ne présentent pas l'information ou les instructions de manière à en faciliter la compréhension.

## SENSIBILISATION AUX PROBLÈMES DE SANTÉ DÉCOULANT DE L'ANALPHABÉTISME

**problème mal connu**

De nombreux intervenants dans les domaines de la santé publique et de l'alphabétisation sont conscients de la portée éventuelle de l'analphabétisme sur la santé. En effet, selon les intervenants en santé publique qui ont répondu au questionnaire, une forte proportion de leurs collègues sont sensibilisés au problème, y réfléchissent sérieusement et cherchent à le résoudre. Nous avons reçu de la part d'intervenants en santé publique et communautaire de nombreux exemples précis de problèmes de santé découlant de l'analphabétisme et de moyens qu'ils ont utilisés pour les contrer.

**sentiment d'isolement**

Ces mêmes intervenants se plaignent cependant d'un sentiment d'isolement. Ils étaient heureux de pouvoir raconter leurs expériences dans le domaine de l'alphabétisation car, pour bon nombre d'entre, eux une telle occasion ne s'était jamais présentée auparavant. D'autres affirmaient être parmi les rares personnes à comprendre la nature de ce problème.

**mauvaise compréhension**

Mais un certain nombre – 20 p. 100 des répondants – et probablement une forte proportion de ceux qui ont choisi de ne pas participer au sondage, disent ne pas connaître de lien entre l'alphabétisation et la santé. Cette conclusion repose sur des réponses de personnes qui :

- expriment le désir de se renseigner davantage sur la question
- avouent ne pas avoir réfléchi au problème
- rejettent carrément la possibilité que l'analphabétisme puisse provoquer des problèmes de santé
- affirment (un répondant) que les problèmes de santé résultent non pas de l'analphabétisme mais du *mode de vie.*

Il appert que la majorité des gens ne comprennent pas la pleine portée de l'analphabétisme dans notre société. Un sondage mené par Westmount Research[17] a révélé que seulement 11 p. 100 des Canadiens et Canadiennes étaient en mesure d'évaluer correctement le nombre de personnes qui sont analphabètes. Bien qu'il n'existe pas de données semblables sur les intervenants en santé, tout porte à croire que ces derniers ne comprennent pas non plus l'étendue du problème.

D'ailleurs, une des trois solutions proposées le plus fréquemment par les participants au sondage était la suivante : sensibiliser les professionnels de la santé aux problèmes liés à l'analphabétisme et sur la façon dont ils devraient y réagir.

***Comment réagir :***

**camoufler le problème**

**dépister les analphabètes**

Bien des personnes qui ne savent pas lire font des efforts considérables, et avec raison, pour dissimuler leur incapacité à tous, y compris les professionnels de la santé. Aussi un grand nombre de ces derniers ont-ils souligné la nécessité de former les intervenants à reconnaître et à signaler avec délicatesse le problème et à prendre les mesures qui conviennent.

Certains professionnels de la santé rejettent cependant toute responsabilité en la matière[18]. Il ressort que la plupart des professionnels de la santé ne sont tout simplement pas

conscients de l'existence du problème, ni du fait que bien des personnes dissimulent leurs faiblesses en ce qui a trait à la lecture et la compréhension. Il ne viendrait pas à l'idée de ces intervenants que le « refus de suivre les ordres » tient au fait que le patient est incapable de lire ou de comprendre des instructions verbales. Ce qui n'est pas peu de chose.

## LES DÉFIS

Les analphabètes font face à de nombreux défis :

**occasions**

- Bon nombre d'entre eux reconnaissent qu'ils n'arrivent pas à comprendre une quantité de renseignements essentiels en raison de leurs faibles compétences en lecture. Ils veulent améliorer leurs connaissances. *Les Canadiens devraient avoir l'occasion de se perfectionner en lecture.*

**pouvoir obtenir et utiliser de l'information**

- Les personnes illettrées doivent tout de même avoir accès à certains renseignements essentiels. *Toute personne, peu importe son degré d'alphabétisation, devrait avoir accès et pouvoir utiliser l'information qui est essentielle à sa santé et sa sécurité.*

**l'importance des milieux sains et sans danger**

- En raison de leurs possibilités restreintes, les analphabètes ont du mal à se servir de l'information qu'ils possèdent. Par exemple, même si on sait bien s'alimenter, il est difficile de le faire lorsqu'on manque d'argent pour acheter de la nourriture. *Toute personne, peu importe son degré d'alphabétisation et la quantité d'information à laquelle elle a accès, devrait pouvoir vivre, étudier et travailler dans des milieux qui favorisent sa santé et sa sécurité.*



111

# NOTES

1. Voir T. O. Eisemon, *Benefitting From Basic Education, School Quality and Functional Literacy in Kenya*, Oxford, Pergamon Press, 1988.

2. La question posée aux participants au sondage était la suivante : « En général, en comparaison avec les autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre état de santé est excellent, très bon, bon, moyen ou pauvre? »

3. La question posée lors du sondage état la suivante : « Souffrez-vous d'un problème physique chronique ou d'une maladie qui limite le genre ou le montant d'activités physiques que vous pouvez accomplir? »

4. J. P. Leigh « An Empirical Analysis of Self-reported, Work-limiting Disability », dans *Medical Care*, vol. 23, n° 4, 1985, p. 318.

5. Voir S.H. Cochrane, D.J. O'Hara et J. Leslie, *The Effects of Education on Health*, série « Documents de travail » n° 405, Washington, D.C., la Banque mondiale, 1980.

6. Sauf indication contraire, toutes les citations dans cette partie sont tirées des réponses au questionnaire.

7. J. P. Leigh, « Direct and Indirect Effects of Education on Health », dans *Social Science Medicine*, vol. 17, n° 4, 1983.

8. Voir M. Harding, « The Relationship Between Economic Status and Health Status and Opportunities: A Synthesis », Toronto, le Comité d'examen de l'aide sociale en Ontario, 1987.

9. H. Echenberg, Organisation nationale anti-pauvreté : « Working Summary of Community-based Literature on Health Inequities », Ottawa, Direction des services de santé et de promotion, Santé et Bien-être social du Canada, 1987.

10. R. Labonté « Concepts, Research and Strategies Related to Social Support and Surplus Powerlessness », *Heart Health Inequalities Workshop Report*, le 3 décembre 1987.

11. Rapport du Comité d'examen de l'aide sociale, *Transitions*, Toronto, ministère des Services sociaux et communautaires de l'Ontario, 1988.

12. B. Rea, *Adult Literacy and the Workplace*, Rapport intérimaire : phase 2, 1986.

13. Par exemple, le nouveau système de Système d'information sur les matières dangereuses au travail.

14. Les citations sur cette page sont tirées du *Seventh Annual Report* du Conseil consultatif sur la santé et la sécurité au travail, 1er avril 1984 au 31 mars 1985, Toronto, ministère du Travail de l'Ontario.

15. Voir R. Ramirez. « The Relationship between Illiteracy and Accident Occurrence », actes du dixième congrès mondial sur la prévention des accidents et des maladies reliés au travail. 1983, p. 165-166.

16. Voir J. P. Leigh. « Direct and Indirect Effects of Education on Health », dans *Social Science Medicine*, vol. 17, n° 4, 1983.

17. Canadian Business Task Force on Literacy. *Literacy Public Opinion Survey*, Toronto, Westmount Research Consultants Inc., 1986.

18. Les réponses au questionnaire et les études de cas on révélé la présence d'attitudes comme les suivantes :

    - « Cela relève du système scolaire et non pas des professionnels de la santé. »
    - « Ce n'est pas mon problème si les gens ne comprennent pas ce que je leur dis. Je n'ai pas le temps de tout leur expliquer en langue courante. »

- « Cela ne me regarde pas – c'est le travail de l'éducateur en santé. »

Or, cela les regarde.

# V. RÉAGIR AU PROBLÈME

Les liens multiples qui existent entre l'alphabétisation et la santé et les divers défis auxquels font face les analphabètes exigent trois différentes sortes d'intervention. Il s'agit de s'engager à :

- rendre l'alphabétisation et la santé universelles
- rendre les milieux sains et sans danger
- assurer l'égalité d'accès à l'information essentielle

**interventions coordonnées et complémentaires**

Ces interventions ne peuvent réussir si elles se font isolément. Ce n'est qu'en organisant des activités complémentaires et en les coordonnant les unes avec les autres que l'on rendra le monde plus sain et sans danger pour les personnes qui ne savent pas lire.

## RENDRE L'ALPHABÉTISATION ET LA SANTÉ UNIVERSELLES

Tous les Canadiens et toutes les Canadiennes devraient posséder des compétences suffisamment poussées en lecture, en écriture et en calcul pour faire face aux exigences de la société moderne. Il est essentiel que chacun puisse se prendre en main et améliorer son état de santé. Aussi convient-il de consacrer une énergie considérable à mettre en oeuvre des interventions visant à accroître la capacité des Canadiens et des Canadiennes à comprendre l'information au sujet de leur santé et leur sécurité.

Nous avions expressément omis des volets de recherche et de consultation toute question ayant trait à la qualité du système scolaire public et du système de santé en Ontario. Or, la nécessité d'améliorer ces deux systèmes s'est imposée avec une évidence indéniable.

**enseigner la lecture**

Un nombre élevé des participants à notre sondage et de chercheurs spécialistes du domaine estiment que l'enseignement de la lecture est la meilleure façon de traiter les problèmes de santé reliés à l'analphabétisme. Par ailleurs,

des spécialistes en économie médicale, dont Slater et Carlton, estiment que « Consacrer un dollar à l'éducation entraîne une plus forte réduction du taux de mortalité que de dépenser la même somme en soins médicaux. »[1]

L'engagement envers l'alphabétisation implique une intervention sur deux plans :

**l'éducation efficace et utile**

- Veiller à ce que les jeunes acquièrent les connaissances nécessaires en lecture, en écriture et en calcul. C'est-à-dire, leur assurer une éducation efficace et utile.

**créer des occasions**

- Bien des adultes n'ont jamais eu l'occasion de s'alphabétiser. Il convient donc de leur donner cette chance. De nos jours, 24 p. 100 des adultes au Canada n'ont pas les connaissances en lecture, en écriture et en calcul nécessaires pour faire face aux exigences de notre société. Aussi est-il crucial que le Canada s'engage à alphabétiser ses citoyens. C'est un projet de longue haleine.

S'engager à assurer l'universalité des services de santé implique les démarches suivantes :

**réduire les inégalités**

- Trouver des moyens de réduire les inégalités entre l'état de santé de personnes ayant différents niveaux de revenu, habitant dans différentes régions (ceci comprend les écarts entre les populations rurales et urbaines) et ayant différentes origines culturelles. La recherche de politiques et d'initiatives en matière de santé qui seraient susceptibles de corriger ces disparités représente un défi de taille.

**prévention**

- Découvrir des moyens novateurs et efficaces de prévenir les blessures, les maladies et la souffrance chronique ainsi que les handicaps qui en résultent. Pour prévenir une maladie, il faut d'abord cerner les facteurs qui la causent, puis atténuer leur effet ou les éliminer.

**améliorer les aptitudes**

**réseaux de soutien**

- Améliorer l'aptitude des personnes à faire face aux maladies chroniques, aux handicaps et aux problèmes de santé mentale. Il nous incombe de leur donner les compétences et d'établir les réseaux communautaires de

soutien nécessaires à l'amélioration de leur qualité de vie[2].

*Les obstacles :*

Bon nombre de personnes analphabètes souhaitent se perfectionner en lecture mais sont incapables de le faire ou peu disposés à faire les démarches nécessaire et ce, pour diverses raisons. Ces mêmes raisons risquent d'influer sur leur décision de profiter ou non du système de santé qui s'offre à eux :

- La pénurie dans leur localité de programmes et de services offerts à des heures et des endroits appropriés et de services de soutien leur permettant de s'en prévaloir. L'absence, dans bien des collectivités, de programmes d'alphabétisation. L'inaptitude de nombreux programmes d'alphabétisation à répondre aux demandes. La difficulté qu'ont les parents de jeunes enfants à trouver le temps nécessaire pour suivre des cours, en plus de leur travail quotidien. Bien des adultes qui doivent élever une famille ont besoin d'aide pour la garde de leurs enfants.

**styles et préférences**

- Les styles et les préférences des adultes en matière d'apprentissage varient énormément. Or, il arrive souvent que les programmes d'alphabétisation privilégient une seule méthode d'enseignement. Ces programmes ne sont pas accessibles aux étudiants qui ne peuvent apprendre selon le modèle choisi.

**l'analphabétisme : un stigmate**

- L'analphabétisme est un fardeau. L'étude menée par Southam a révélé que bien des adultes illettrés ne profiteront pas des programmes d'alphabétisation. Ceci relève, en partie, de la honte qu'ils ressentent face à leur incapacité à lire, à écrire ou à calculer. Mais il existe aussi d'autres raisons. Il ressort clairement que certaines personnes ont trouvé d'autres façons de se débrouiller qui, à leur avis, éliminent la nécessité d'acquérir les compétences qui leur manquent. Elles se fient à d'autres personnes et ont recours à d'autres moyens pour obtenir l'information dont elles ont besoin.

*Stratégies :*

La portée de ces facteurs est considérable. Les participants aux étapes de la recherche, aux ateliers régionaux et à la séance de consultation ont proposé les stratégies suivantes :

**augmenter la capacité**

- Accroître la capacité des programmes d'alphabétisation, c'est-à-dire le nombre de cours et le nombre de places dans ceux-ci, de manière à pouvoir répondre à tous ceux et celles qui ont besoin d'aide et qui la demandent.

**multiplier les lieux d'apprentissage**

- Augmenter le nombre de milieux où sont offerts les cours d'alphabétisation afin que toute personne puisse choisir l'environnement qui répond à ses goûts particuliers. Ceci comprendrait, par exemple, divers programmes communautaires dont certains offerts en collaboration avec d'autres organismes et à différents endroits[3]. Les apprenants pourraient également choisir parmi des cours particuliers ou des classes en groupe dans des endroits qui sont faciles d'accès et où ils se sentent à l'aise.

**multiplier les méthodes**

- Multiplier les méthodes d'alphabétisation pour chaque collectivité en offrant une gamme de cours, certains axés sur un programme d'études, d'autres sur l'apprentissage individuel ou en famille. Certains cours porteraient sur un large éventail de sujets, de façon à ce que les apprenants puissent acquérir de l'information sur de nombreuses questions telles que l'évolution de leurs responsabilités au travail, la santé de leur enfant, leur droits juridiques.

**multiplier les sources de soutien et les possibilités d'apprentissage**

- Multiplier les sources de soutien et les possibilités d'apprentissage afin que toute personne puisse suivre des programmes d'apprentissage à plusieurs reprises durant sa vie. Par le soutien, on entend divers moyens allant de services de garderie à l'organisation de cours offerts près du lieu de travail ou du domicile des apprenants. Le soutien financier permettrait aussi à certaines personnes de poursuivre leur éducation sans déroger à leurs responsabilités vis-à-vis de leur employeur ou de leur famille. Dans d'autres cas, l'aide financière permettrait à l'apprenant de mettre de côté ces responsabilités pendant quelque temps.

**servir de « chien de garde »**

- Former un comité sur l'alphabétisation et la santé qui assumera le rôle de « chien de garde ». Il convient aussi de créer un équipe chargée d'examiner, d'évaluer et d'élaborer des documents et des programmes à l'intention des analphabètes.

**subventionner l'alphabétisation**

- S'assurer que les gouvernements et les divers organismes qui subventionnent les programmes sociaux élaborent des critères visant à tenir compte des projets d'alphabétisation.

**varier les moyens de communication**

- Établir des lignes directrices pour la création de documents lisibles et utiles et pour encourager l'emploi de moyens de distribution autres que l'écrit.

**apprentissage continu**

- Apporter des changements profonds au système d'éducation afin de favoriser l'apprentissage tout au long de la vie. On adopterait alors un principe de formation en alternance selon lequel les personnes se remettraient aux études pour acquérir des connaissances spécifiques au moment où elles en ont besoin.

**sensibiliser**

- Sensibiliser les professionnels de la santé et des services sociaux à l'étendue de l'analphabétisme et leur faire comprendre ses répercussions sur l'état de santé d'un grand nombre de personnes. Au lieu d'éliminer les obstacles systémiques, les pratiques actuellement en vigueur les perpétuent, ce qui se traduit par la disparité des services de santé et des états de santé inégaux.

**réduire la disparité**

- S'engager, en tant que professionnels de la santé, à réduire la disparité des états de santé. Pour ce faire, il nous faudra agir à titre individuel en offrant, par exemple, des services de santé adaptés aux besoins et à la culture des personnes défavorisées, y compris des personnes moins alphabétisées.

**réorienter la philosophie**

- Réorienter la philosophie qui sous-tend l'intervention médicale. C'est-à-dire, l'axer sur la prévention des maladies et la promotion de la santé et de la sécurité plutôt que sur la guérison de maladies. Ceci entraînerait nécessairement un rajustement des politiques en matière de financement. Ces changements se répercuteraient ensuite sur l'organisation des services de santé et sur l'établissement

des priorités.

**changements recommandés**

Bien des études ont démontré les désavantages que présente notre formule actuelle en matière de services de santé. Les changements qui s'imposent ont aussi été énumérés à maintes reprises. Par exemple, les auteurs de trois rapports importants sur le système de santé en Ontario recommandent de profonds changements au système de prestation des soins dans cette province[4]. La stratégie de promotion de la santé de Santé et Bien-Être Social Canada intitulée *La santé pour tous* est, elle aussi, vouée à la réduction des disparités en matière de santé. Pour sa part, l'Association pour la santé publique de l'Ontario a récemment ajouté cette question à sa liste de priorités.

**interventions non médicales**

Les disparités notées précédemment, qu'elles résultent de l'analphabétisme ou d'autres facteurs socio-économiques, ne disparaîtront que grâce à l'action concertée de tous les secteurs de notre société. Même si les conséquences de l'analphabétisme se manifestent sur l'état de santé, avec pour résultat un accroissement du taux de mortalité et de morbidité, les solutions relèvent, dans la plupart des cas, de domaines autres que médical. Il convient plutôt de nous concentrer sur les interventions suivantes : élaborer des politiques saines, rendre les milieux de travail sans danger, améliorer les conditions de vie, assurer l'accès universel à l'éducation.

Les représentants élus à tous les paliers gouvernementaux, les membres des milieux d'affaires et syndical, les membres des médias et le grand public devront s'engager à travailler à la mise en oeuvre de ces recommandations. Sans cet engagement profond de la population toute entière, les initiatives n'auraient que des répercussions négligeables sur l'iniquité actuelle en matière de santé.

## S'ENGAGER À RENDRE LES MILIEUX SAINS ET SANS DANGER

**pouvoir réagir aux renseignements**

Il ne suffit pas de posséder de l'information. Il faut également pouvoir y réagir. L'exemple suivant nous a été

*Nous savons tous que pour combattre un rhume il faut se mettre au lit, boire beaucoup de liquides et prendre de l'aspirine. Le jeune qui vit dans la rue comprend ceci sans problème. Seulement, il n'a pas de lit, ne peut se reposer puisqu'il doit consacrer tout son temps à sa survie et il n'a pas d'argent pour s'acheter de l'aspirine. Son rhume s'aggravera probablement jusqu'à ce qu'il ait ce qu'il lui faut : un endroit convenable pour vivre, un revenu et un sentiment de sécurité qui lui permettra de se reposer.*

Rendre les milieux sains et sans danger ne se limite pas à fournir l'essentiel. On peut facilement se comporter de façon malsaine et dangereuse dans un environnement parfait. *Il n'en demeure pas moins difficile de vivre en santé et en sécurité dans un environnement malsain et dangereux.*

**les politiques publiques**

Pas plus que nous n'avons étudié les problèmes et les stratégies complexes reliés à l'amélioration des systèmes scolaires publics et des services de santé en Ontario, nous ne nous sommes pas attardés sur les moyens de rendre les environnements sains et sans danger. À l'heure actuelle, la province mène des recherches sur les stratégies et l'élaboration de politiques dans les principaux domaines suivants :

- logement convenable et abordable
- milieux et méthodes de travail sans danger
- accès à des soins médicaux de qualité
- revenu acceptable pour ceux qui en ont besoin
- qualité de l'environnement (air, eau, etc.)
- organisation et prestation de services personnalisés.

**milieux favorables aux pratiques saines et sans danger**

*Les politiques et les démarches visant à assurer l'alphabétisation et la santé de tous et à garantir l'égalité d'accès à l'information en matière de santé et de sécurité seront inefficaces si les milieux dans lesquels on évolue ne sont pas favorables à l'adoption de pratiques et de comportements sains et sans danger.*

***Stratégies :***

Bon nombre de stratégies ont été proposées par les participants pendant la recherche et la consultation.

**améliorer les conditions de vie**

- Dans bien des cas, les problèmes de santé dont souffrent les analphabètes résultent de la pauvreté. Améliorer leurs conditions de vie et hausser leur revenu aidera à combattre ces problèmes.

**adopter les recommandations du rapport SARC**

- Le Comité d'examen de l'aide sociale (SARC) a mené une étude approfondie des problèmes dont souffrent les petits salariés et les Ontariennes et les Ontariens qui reçoivent de l'aide sociale. Le comité s'est attardé tant sur les conséquences de l'analphabétisme que sur les problèmes de santé des pauvres. Son rapport renferme 274 recommandations en matière de réforme.

- Ces réformes, une fois mises en oeuvre, auraient une portée considérable sur la lutte contre les problèmes de santé reliés à la pauvreté.

**meilleur accès à l'information sur la sécurité**

- Les emplois auxquels ont accès les moins alphabétisés sont le plus souvent dangereux. C'est là un des principaux facteurs agissant sur leur santé. La dissémination de renseignements en matière de sécurité sous une forme autre qu'écrite aidera vraisemblablement quelque peu. Par ailleurs, en plus de fournir cette information, il revient à l'employeur de vérifier que ses employés l'ont bien reçue et comprise. Il reste que toute réduction substantielle du nombre de blessures subies au travail repose sur l'engagement profond à améliorer la sécurité des milieux de travail.

**responsabilité de l'employeur**

## S'ENGAGER À ASSURER L'ÉGALITÉ D'ACCÈS À L'INFORMATION

Il importe que tous les Canadiens et les Canadiennes reçoivent, comprennent et soient en mesure d'utiliser l'information relative à leur santé et leur sécurité.

**compréhensible et utile**

« L'égalité d'accès » signifie que l'information essentiel est adaptée au destinataire de manière à ce qu'il puisse la comprendre et s'en servir, peu importe son niveau d'alphabétisation ou sa méthode d'apprentissage. Cette

**inclusion de facteurs socio-culturels**

expression signifie aussi que l'information est présentée sous une forme qui tient compte d'autres facteurs socio-culturels tels que la langue, le sexe, l'âge, le statut socio-économique et les origines culturelles.

Ceci implique la reconnaissance des faits suivants :

- L'information écrite (étiquettes, modes d'emploi, instructions, dépliants, livres, affiches, etc.) doit être lisible, utile et élaborée à l'intention de ceux qui ont du mal à lire. *Mais cette stratégie ne suffit pas à elle seule.*

- Il est non seulement possible mais nécessaire de présenter l'information sous diverses formes :

  écrits, symboles, communication orale; renseignements transmis à un groupe ou à un individu; information transmise par une personne, par des moyens audio-visuels, par des documents écrits; information transmise par un professionnel, une personnalité de la collectivité, un voisin ou un collègue; renseignements qu'il faut aller chercher ou qui nous parviennent directement; information qui est adaptée à diverses langues et cultures.

- Toute personne, peu importe ses compétences en lecture, réagit à sa manière à l'information qui lui est présentée. *Pour que diverses personnes reçoivent les mêmes renseignements, ceux-ci doivent nécessairement être transmis de différentes façons.*

- Enfin, la question centrale est la compréhension. *Peu importe le moyen de communication, il est essentiel de s'assurer que les destinataires ont compris l'information.*

***Stratégies :***

L'étape de consultation nous a permis de dégager quatre éléments principaux d'une stratégie visant à assurer l'égalité d'accès à l'information et des interventions qui permettront d'y parvenir :

*1. Sensibilisation*

**étendue et nature du problème**
**les interventions**
**l'obligation**

**Le grand public, les intervenants et les organismes doivent se sensibiliser à la nature du problème que représentent l'analphabétisme et la santé, aux interventions qui s'imposent et à l'obligation qu'ont de nombreux groupes de les entreprendre.**

Avant de pouvoir intervenir, il faut toutefois que les professionnels de la santé se sensibilisent à l'étendue et à la nature des problèmes reliés à l'analphabétisme. Bon nombre des participants au sondage ont souligné la nécessité de mieux sensibiliser et instruire les intervenants en santé, en médecine et en service social. Voici les deux domaines prioritaires :

- Faire connaître l'étendue de l'analphabétisme et de ses répercussions sur la santé d'une proportion considérable de la population.

- Aider les professionnels de la santé, par la formation et d'autres moyens, à reconnaître les manifestations de l'analphabétisme et à bien traiter la question avec tact, tout en respectant la dignité de la personne.

Nombre de suggestions précises sur la façon de procéder nous ont été faites, soit :

- les ateliers de sensibilisation
- les consultations
- les séances de formation sur la communication claire à l'intention des professionnels de la santé
- l'interaction entre les professionnels de la santé et les intervenants en alphabétisation.

Étant donné que 25 p. 100 des adultes sont illettrés fonctionnels, les intervenants tels que les pharmaciens devraient présumer, à moins d'être persuadés du contraire, que leur client ne peut comprendre les instructions écrites. Aussi devraient-ils donner des instructions verbales à tout client. On demandera ensuite au destinataire s'il ou elle a bien compris l'information.

Les participants à la séance de consultation ont dégagé les moyens suivants pour sensibiliser le grand public aux problèmes de santé découlant de l'analphabétisme :

- les programmes de formation professionnelle à l'intention des intervenants en santé, en médecine et en travail social
- les congrès et rassemblements professionnels
- le système scolaire public
- les conseils de planification sociale
- les médias.

2. *Participation communautaire*

Une des conséquences de l'analphabétisme est l'absence d'autonomie. Ce sentiment d'impuissance engendre la tension et, par conséquent, des problèmes de santé.

**le partenariat**

**l'animation communautaire**

**l'éducation populaire**

**s'allier aux réseaux**

Une méthode possible pour lutter contre ces problèmes de santé serait de collaborer avec les personnes concernées afin de les aider à s'aider elles-mêmes. Il existe une large gamme de programmes d'animation communautaire et d'éducation populaire axés sur la participation active et réelle des apprenants. On peut également s'allier aux réseaux sociaux déjà présents, y compris les groupes et organismes communautaires tels que les groupes d'alphabétisation, les groupes de femmes, les organismes anti-pauvreté.

**les pairs**

**personnes clefs du quartier**

Les personnes qui ne lisent pas acquièrent de l'information par d'autres moyens, notamment leurs proches et des personnes clefs dans leur quartier auxquelles d'autres s'adressent pour des renseignements. (Utiliser ces réseaux serait une stratégie efficace en matière d'éducation en santé.)

Les destinataires doivent participer à la conception, la production, la distribution et l'évaluation de l'information. On s'assurera ainsi que des renseignements vitaux soient adaptés aux besoins du public cible et, plus particulièrement des moins alphabétisés, de manière à les rendre compréhensibles et facilement utilisables.

**équipes d'examen**

On pourrait aussi créer des équipes communautaires d'examen - composées de professionnels et de membres du public cible - chargées d'évaluer l'information qui existe en

matière de santé et de services sociaux et d'encourager la préparation d'information convenable à l'intention de la collectivité. L'équipe dresserait un répertoire des ressources qu'offrent les organismes, le gouvernement et d'autres groupes communautaires aux personnes moins alphabétisées. Par ce moyen, l'équipe établirait des liens avec les centres de ressources qui oeuvrent déjà au sein de la collectivité.

*3. Stratégies de communication multiples*

Afin de rendre accessible chaque élément d'information aux différentes personnes qui en ont besoin, il convient d'avoir recours à des stratégies de communication de nature et de styles divers.

**communication non écrite**

Lorsqu'on s'adresse à des personnes qui ne comprennent pas les documents écrits, il est nécessaire d'avoir recours à d'autres moyens. Les méthodes les plus souvent citées sont les suivantes :

- les images, les symboles et le matériel audio-visuel (pour transmettre des renseignements et des instructions en santé)
- les entretiens particuliers et les démonstrations et séances à l'intention de petits groupes
- les stratégies innovatrices; par ex. : indiquer sur le dessin d'une horloge l'heure à laquelle le patient doit prendre son médicament ou faire appel à une bénévole pour aider un patient souffrant d'une maladie cardiaque et qui ne peut lire les ordres du médecin
- la télévision et la radio. On a cependant fait remarquer que les personnes moins alphabétisées ont tendance à écouter des émissions de divertissement plutôt que d'information, ce qui limiterait l'utilité de cette méthode.

**simplifier la langue**

Bien des répondants ont signalé la nécessité de simplifier la langue dans laquelle sont rédigés dépliants et autres documents sur la santé. À cet effet, on a proposé les solutions suivantes :

**essais sur le public cible**

- vérifier la lisibilité
- faire des essais pour assurer la compréhension
- imprimer en gros caractères
- privilégier la présentation « conviviale » avec abondance d'images et d'espaces blancs

**adaptation**

- traduire et adapter en d'autres langues.

On remarque déjà une sensibilisation accrue chez les professionnels de la santé en ce qui concerne le besoin de simplifier les documents écrits; elle se manifeste par la production de documents de plus en plus « lisibles ».

**la lisibilité ne règle pas tout**

Accroître la lisibilité des documents est sans aucun doute fort à propos car, dans bien des cas, cela augmentera l'accessibilité de l'information. Toutefois, un grand nombre de personnes seront toujours incapables de la lire, peu importe la simplicité de la langue. D'autres qui pourraient, en principe, la lire, ne le feront pas. Rappelons que, pour bien des gens, les documents écrits ne représentent pas une source fiable d'information. Ainsi, bien qu'améliorer la lisibilité soit une démarche valable, il importe de ne pas considérer cette démarche comme susceptible de résoudre tous les problèmes découlant de l'analphabétisme.

On a proposé la stratégie suivante lors de la séance de consultation. Afin d'inciter les organismes à trouver des stratégies créatrices pour transmettre leur information, on pourrait établir un système de prix. Chaque année, les membres de la collectivité pourraient ainsi récompenser les organismes, les regroupement professionnels et les individus qui ont élaboré divers moyens novateurs de communiquer leur information et de promouvoir leurs services et se sont assurés que les destinataires avaient bien reçu et compris leur message.

*4. La coordination*

Il ressort des données que nous avons recueillies et analysées à la suite de nos recherches et consultations un besoin marqué d'intervention collective de la part du gouvernement, des organismes et des particuliers.

**communication libre**

**partager les plans d'action**

En vue de coordonner l'intervention, on a proposé d'ouvrir des voies de communication entre les organismes locaux et régionaux, les organismes publics et privés et le gouvernement. Toutes les parties intéressées doivent s'engager à partager leurs plans d'action, leur information et leurs idées. Sans cette communication, il persistera des écarts et des dédoublements en matière de services et d'information, écarts qui nuisent à la santé et à la sécurité de la collectivité et de ses membres.

# NOTES

1. C. Slater et B. Carlton, « Behavior, Lifestyle, and Socioeconomic Variables as Determinants of Health Status: Implications for Health Policy Development, dans *American Journal of Preventative Medicine*, vol. 1, n° 5, 1985.

2. Voir *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé*, ministère de la Santé et du Bien-Être social du Canada, 1986.

3. Les endroits et organismes possibles : les bibliothèques, les organismes paroissiaux, les groupes de quartier, les groupes à intérêt spécial, les spécialistes de la santé, les programmes communautaires d'alphabétisation, les programmes en milieu de travail, les conseils scolaires et tout programme communautaire.

4. Voir R.A. Spasoff, *La santé pour tout l'Ontario : Rapport du Groupe d'experts sur les objectifs en matière de santé en Ontario*, Toronto, ministère de la Santé de l'Ontario, 1987; S. Podborski, *Questions relatives à la promotion de la santé en Ontario*, rapport du Comité consultatif sur la promotion de la santé, Toronto, ministère de la Santé de l'Ontario, 1987; et J.R. Evans, *La santé en Ontario: vers une orientation commune*. Rapport du Groupe d'étude sur le système de santé en Ontario, Toronto, juin 1987.

1. C. Slater et B. Carlton, « Behavior, Lifestyle, and Socioeconomic Variables as Determinants of Health Status: Implications for Health Policy Development, dans *American Journal of Preventative Medicine*, vol. 1, n° 5, 1985.

2. Voir *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé*, ministère de la Santé et du Bien-Être du Canada, 1986.

3. Les endroits et organismes possibles : les bibliothèques, les organismes paroissiaux, les groupes de quartier, les groupes à intérêt spécial, les spécialistes de la santé, les programmes communautaires d'alphabétisation, les programmes en milieu de travail, les conseils scolaires et tout programme communautaire.

4. Voir R.A. Spasoff, *Health for All Ontario: Report of the Panel on Health Goals for Ontario*, Toronto, ministère de la Santé de l'Ontario, 1987; S. Podborski, *Questions relatives à la promotion de la santé en Ontario*, rapport du Comité consultatif sur la promotion de la santé, Toronto, ministère de la Santé de l'Ontario, 1987; et J.R. Evans, *La santé en Ontario: vers une orientation commune*. Rapport du Groupe d'étude sur le système de santé en Ontario, Toronto, juin 1987.

# VI. RECOMMANDATIONS

L'objectif est clair : créer un monde sain et sans danger pour les personnes qui ne savent pas lire. On comprend de mieux en mieux les effets de l'analphabétisme sur la santé, mais il y a encore place pour apporter des améliorations et intervenir. Ainsi, on devra prendre des engagements, poser des gestes concrets et assumer certaines responsabilités dans les trois grands domaines suivants :

- rendre l'alphabétisation et la santé universelles
- rendre le milieu sain et sans danger
- assurer l'égalité d'accès à l'information essentielle.

Tout au long du projet de recherche, des ateliers régionaux et de la consultation provinciale, les participants ont proposé maintes stratégies susceptibles d'apporter des améliorations concrètes dans les trois domaines cibles. On doit donc maintenant étudier les recommandations qui sont issues du processus de consultation :

- le besoin de politiques provinciales et fédérales,
- le besoin d'un éventail d'activités et de gestes préconisant l'égalité d'accès à l'information,
- le besoin d'un organisme coordonnateur chargé de favoriser l'élaboration de politiques et la mise en oeuvre de mesures et de coordonner le tout.

Ces recommandations font appel à la collaboration des autorités suivantes :

- les gouvernements,
- les organismes,
- un organisme coordonnateur.

La plupart des recommandations traitent de la question de l'égalité d'accès à l'information en matière de santé. En effet, pour les participants à la consultation, ce problème est celui qui requiert une intervention immédiate. Ils ne négligent pas toutefois l'importance d'agir afin d'assurer l'universalité de l'alphabétisation et de la santé et de créer un milieu sain et sans danger.

## ACTION ET POLITIQUE GOUVERNEMENTALES

Pour que tous les Canadiens et Canadiennes puissent jouir des possibilités d'alphabétisation et d'amélioration de leur état de santé, il faut :

- Améliorer le système scolaire pour les jeunes afin qu'ils puissent acquérir les compétences nécessaires en lectrure, écriture et calcul pour satisfaire aux exigences de la société moderne.

- Mettre sur pied un réseau de formation et d'éducation des adultes qui permet aux personnes de suivre des cours à leur propre rythme. S'assurer que les cours offerts s'adaptent à l'évolution des besoins d'apprentissage des apprenants.

- Élaborer des politiques pour que les adultes aient accès à une gamme de programmes d'alphabétisation et d'apprentissage dans leur localité. S'engager à financer adéquatement ces activités. Offrir des programmes qui répondent aux besoins particuliers et aux divers modes d'apprentissage.

- Encourager la participation du public au sein du système de soins de santé. Cela signifie encourager les gens à mieux surveiller les facteurs qui influent sur leur santé et les doter des outils nécessaires pour maintenir et améliorer leur état de santé.

- Renforcer les services de santé communautaire. Pour y parvenir, il faudra restructurer le système actuel de façon à redonner plus de responsabilité aux organismes de services communautaires. Cela entraînera donc une redistribution des fonds entre les organismes.

- Coordonner la mise en oeuvre de politiques publiques saines. Les politiques qui visent à éliminer ou réduire les inégalités en matière de santé doivent traiter des sujets suivants, entre autres : la sécurité du revenu, l'emploi, l'éducation, le logement, les possibilités d'emploi, l'agriculture, le transport, la justice, la qualité de l'environnement et la technologie[1].

Pour créer un milieu social et physique sain et sans danger, nous devons :

- Élaborer des politiques et prendre les mesures nécessaires pour que les Canadiennes et les Canadiens aient accès à un logement convenable, un revenu acceptable, un milieu de travail sans danger et un environnement salubre. En assurer le financement[2].

Pour promouvoir l'égalité d'accès à l'information en matière de santé, nous devons :

- Établir des critères précis d'évaluation et de contenu pour s'assurer que toutes les demandes de subventions tiennent effectivement compte des analphabètes.

- Veiller à ce que l'information en provenance des gouvernements soit écrite simplement.

- Offrir des stimulants, particulièrement d'ordre financier, aux organismes qui visent à rendre leur information plus accessible aux Canadiennes et aux Canadiens peu alphabétisés.

- Encourager et subventionner la recherche et les projets-pilote ou de démonstration visant à faciliter l'accès à l'information.

- Encourager et financer les partenariats entre les groupes d'alphabétisation et les représentants des organismes de santé, des associations médicales et du milieu des affaires.

- Veiller, lors de l'élaboration de politiques et de règlements sur les pratiques saines et sans danger (tels que le Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail) à ce qu'on y incorpore des conditions et des incitations financières afin d'en garantir l'accès aux personnes peu alphabétisées et veiller à ce que celles-ci soient en mesure de les comprendre.

- Tenir compte des besoins des analphabètes lors de la formulation de stratégies en matière de promotion de la santé et d'éducation.

- Encourager et financer les activités de formation et de perfectionnement des ressources humaines visant l'égalité d'accès qu'entreprennent les groupes d'alphabétisation, les organismes de santé, les associations médicales et le milieu des affaires.

## ACTIVITÉS ENTREPRISES PAR DES ORGANISMES

Les organismes, tant publics que privés[3], qui se préoccupent des questions de santé doivent entreprendre, seules et avec d'autres, les démarches suivantes :

- Analyser régulièrement l'efficacité des moyens de diffusion interne et externe de l'information. Ainsi, les organismes seraient en mesure de déterminer si les personnes peu alphabétisées ont bien reçu l'information et dans quelle mesure elles la comprennent et l'utilisent.

- Étudier et élaborer des lignes directrices et des pratiques visant à faciliter l'accès des personnes peu alphabétisées à l'information sur la santé. Il faudra donc concevoir des programmes de formation afin d'assurer la mise en oeuvre de ces pratiques et lignes directrices.

- Encourager les utilisateurs à participer à l'examen et à l'élaboration du contenu ainsi qu'aux processus de conception, de production, de diffusion et d'évaluation.

- Veiller à ce que la traduction de l'information soit *adaptée* aux spécificités culturelles des destinataires.

- Informer les groupes (d'une région donnée et voués à une question particulière) sur la nature du lien entre l'alphabétisation et la santé, sur les interventions et sur ce que chaque personne peut faire pour y participer.

- Encourager les organismes et les gouvernements à préconiser l'universalité de la santé et de l'alphabétisation, à faciliter l'accès à l'information et à instaurer des milieux sains et sans danger. Les exhorter à élaborer des lignes directrices pour concrétiser leur engagement.

## LA COORDINATION

On doit instituer un organisme chargé de favoriser l'élaboration de lignes directrices et de coordonner les actions visant à assurer l'universalité d'accès aux services de santé et à l'information en matière de santé aux personnes peu alphabétisées. Cet organisme serait chargé de :

- Diffuser et promouvoir les résultats de la première étape du Projet alphabétisation et santé en Ontario et dans les autres provinces.

- Inciter les gouvernements, les organismes et la collectivité à s'engager à apporter des changements.

- Élaborer et offrir des programmes de formation; concevoir des outils de formation.

- Consulter et conseiller les groupes communautaires et les intervenants afin de dépister les problèmes liés à l'analphabétisme, de formuler des lignes directrices ainsi que d'élaborer, de mettre en oeuvre et d'évaluer des projets ou des programmes.

- Organiser des activités de sensibilisation à l'intention du grand public et des professionnels.

- Établir les liens nécessaires avec les organismes concernés; se tenir au courant des activités qu'ils entreprennent; favoriser une communication continue.

- Encourager la recherche et les projets-pilote en allouant aux collectivités les ressources et les compétences nécessaires.

- Encourager et faciliter la création de groupes d'études et de comités aux paliers fédéral, provincial et municipal qui étudieraient conjointement des questions bien précises (par ex. : l'étiquetage des médicaments). Inciter les organismes oeuvrant dans divers domaines à en faire autant.

- Aider les organismes et les personnes capables d'aider les autres à élaborer des lignes directrices et des pratiques

visant à améliorer l'accès à l'information et aux services. Faciliter l'accès à ces groupes et personnes-ressources.

La mise en oeuvre des présentes recommandations et l'amélioration des stratégies qui sont proposées tout au long de la première étape du Projet alphabétisation et santé posent un énorme défi.

Or, à ce stade-ci, nous croyons fermement que les Ontariennes et les Ontariens peuvent le surmonter. Ensemble, nous avons :

- déterminé la nature des rapports directs et indirects entre l'alphabétisation et la santé;

- élaboré un ensemble complexe d'idées et de stratégies qui nous permettent d'attaquer le problème;

- identifié et fait participer les personnes intéressées qui sont prêtes à agir au sein de leur organisme et de leur collectivité.

Faire face au défi doit se traduire par de fermes engagements à rendre universelles l'alphabétisaton et la santé; à créer des milieux sains et sans danger et à garantir l'égalité d'accès à l'information essentielle. Tout au long de la présente étude, nous avons puisé dans diverses études menées antérieurement en Ontario, études qui recommandaient des stratégies garantissant l'universalité de l'alphabétisation et de la santé ainsi qu'un milieu sain et sans danger. En outre, nous avons jeté les premières fondations des principes directeurs qui garantiront l'égalité d'accès à l'information essentielle.

Bien des questions soulevées lors de la première étape ne sont pas nouvelles : la qualité de l'éducation, les effets de la pauvreté sur la vie des gens, les conséquences d'un accès réduit aux diverses possibilités d'épanouissement, etc. Il en existe une autre : la nécessité de s'assurer que les Ontariennes et les Ontariens reçoivent, comprennent et puissent utiliser les renseignements essentiels à leur santé et à leur sécurité.

Il est évident que l'implantation progressive de milieux sains exigera de chacun et chacune d'entre nous – professionnels, consommateurs, individus, organismes, décideurs et intervenants – que nous assumions nos responsabilités respectives. Nous devrons respecter la diversité des collectivités en communiquant directement avec chaque secteur et chaque personne pour s'assurer que l'information écrite et orale est bien comprise.

Voilà des défis qui méritent d'être relevés et des responsabilités qui méritent d'être assumées.

# NOTES

1. Pour de plus amples renseignements à ce sujet (et sur les deux points qui précèdent), consulter *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé* (Santé et Bien-être social Canada, 1986).

2. Le Conseil du premier ministre sur la santé a été fondé en 1988 sur le principe suivant : être en bonne santé dépend d'un milieu sûr et non violent, d'un revenu adéquat, d'avoir un logement, de la nourriture et de l'instruction. De plus, le rôle de chaque personne doit être valorisé au sein de sa famille, au travail et dans la collectivité.

3. Cela comprend aussi les fournisseurs de services de santé, les travailleurs sociaux, les fabricants et les détaillants, les associations professionnelles et les lieux de travail.

# VII. RESSOURCES

Tout au long des recherches et des consultations, on a préparé, à l'intention des participants, une série de documents, dont voici la liste :

- le rapport sommaire des résultats des recherches
- les notes prises lors des ateliers régionaux, tant sous forme condensée que dans leur ensemble
- les notes prises lors de la séance de consultation provinciale
- le rapport final des recherches qui renferme un exemplaire du questionnaire, les réponses textuelles au questionnaire, l'analyse de ces réponses, le résumé des études de cas ainsi qu'une bibliographie
- le rapport final dévoilé au public (le présent document).

Pour obtenir ces documents ou d'autres renseignements, veuillez contacter :

- L'Association pour la santé publique de l'Ontario
  Projet alphabétisation et santé
  Services des publications
  468, rue Queen est, bureau 202
  Toronto (Ontario)
  M5A 1T7

# VIII. BIBLIOGRAPHIE


Ableson, J., *et al. Perspective sur la santé*, Ottawa, Statistique Canada, 1983.

Accident Prevention. « Do all employees understand occupational health and safety literature? » dans *Accident Prevention*, vol. 32, n° 3, 1985.

Adams, O. (Division de la santé, Statistique Canada). Présentation à l'occasion du congrès de l'ASPO en 1988.

Conseil consultatif sur la santé et la sécurité au travail. *Seventh Annual Report*, du 1er avril 1984 au 31 mars 1985, Toronto, ministère du Travail de l'Ontario, p. 108.

Baker C. C. « Ethnic Differences in accident rates at work », dans *British Journal of Industrial Medicine*, 1987, vol. 44, p. 206 à 211.

Boyle, M. H. *et al.* « Ontario Child Health Study », dans *Archives of General Psychiatry*, vol. 44, septembre 1987.

Boyle, M. H. Analyses inédites fondées sur les résultats de *L'Étude sur la santé des enfants de l'Ontario*, 1988.

Breen, M. N. et Wood Catano, J. « Can she read it? Readability and literacy in health education », dans *Healthsharing*, été 1987, p. 28 à 33.

Canadian Business Task Force on Literacy. *Literacy Public Opinion Survey: 1986 Update*, Toronto, Westmount Research Consultants Inc., 1986.

Canadian Business Task Force on Literacy. *The Cost of Illiteracy to Canadian Business*, Toronto, Woods Gordon Management Consultants, 1987.

Chambers, L. W. *Health Profiles of the Citizens of Ontario*, Ottawa, Association canadienne de la santé publique.

Cochrane, S. H. *et al. The Effects of Education on Health*, série « Documents de travail » n° 405, Washington, D.C., La Banque mondiale, 1980.

Cole, R. « The understanding of medical terminology used in printed health education materials », dans *Health Education Journal*, vol. 38, n° 4, 1979, p. 111 à 121.

Comité d'examen de l'aide sociale. *Transitions*, Toronto, ministère des Services sociaux et communautaires, 1988.

Crawford, T. « There is something about welfare itself that creates victims, experts conclude » dans *The Toronto Star*, 29 novembre 1987, p. A2 et A10.

D'Arcy, C. *Reducing Inequalities in Health*, Ottawa, Direction des services de santé et de promotion, ministère de la Santé et du Bien-être social du Canada, 1988.

Département de l'Éducation et département du Travail des États-Unis. *The Bottom Line: Basic Skills in the Workplace*, département de l'Éducation et département du Travail des États-Unis, 1988.

Doak, C. C. *et al. Teaching patients with low literacy skills*, Philadelphie, J. B. Lippincott Company, 1985.

Echenberg, H. (Organisation nationale anti-pauvreté). *Reducing Inequalities*, Ottawa, Direction des services de santé et de promotion, ministère de la Santé et du Bien-être social du Canada, 1987.

Echenberg, H. (Organisation nationale anti-pauvreté). *Working Summary of Community-Based Literature on Health Inequities*, Ottawa, Direction des services de santé et de promotion, ministère de la Santé et du Bien-être social du Canada, 1987.

Émond, A. et Guyon, L. *La santé des Québécois : Points saillants de l'enquête sur la santé des Québécois effectuée en 1987*, Québec, gouvernement du Québec, 1988.

Esdaile, J. M. et Wilkins, K. *Social support and social networks as promoters of physical and psychological well-being in persons with arthritic and rheumatic disorders*, Ottawa, Direction des services de santé et de promotion, ministère de la Santé et du Bien-être social du Canada, 1987.

Evans, J. R. *La santé en Ontario : vers une orientation commune. Rapport du Groupe d'étude sur le système de santé en Ontario*, Toronto, ministère de la Santé de l'Ontario, juin 1987.

Farkas, C. S. « Ethno-specific communication patterns: implications for nutrition education », dans *Journal of Nutrition Education*, vol. 18, n° 3, 1986, p. 99 à 103.

Farkas, C. S. *et al.* « An evaluation of the readability of prenatal health education materials », dans *Revue canadienne de santé publique*, vol. 78, 1987, p. 374 à 378.

Farrar, M. T. « Four Conceptions of Literacy », dans *Reading Psychology*, vol. 7, 1986, p. 43 à 55.

Frankel, D. H. « Think horses, not zebras. », dans *The Lancet*, 26 décembre 1987, p. 1515 et 1516.

Grueninger, S. « The illiteracy crisis: implications for the occupational health nurse », dans *AAOHN Journal*, vol. 34, n° 9, 1986, p. 429 à 431.

Harding, M. *The Relationship Between Economic Status and Health Status and Opportunities*, Toronto, Comité d'examen de l'aide sociale, 1987.

Harvey, M. D. *Language and Literacy Problems in Alberta's Labour Force*, Santé communautaire et santé au travail, gouvernement de l'Alberta, septembre 1987, p. 41 à 44.

Hayward, R. A. *et al.* « Inequities in health services among insured Americans », dans *The New England Journal of Medicine*, vol. 318, n° 23, 1988, p. 1507 à 1512.

Santé et Bien-être social du Canada. *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé*, Ottawa, ministère des Services et Approvisionnements du Canada, 1986.

Hirdes, J. P. *et al. The Association Between Self-Reported Income and Perceived Health Based on the Ontario Longitudinal Study of Aging*, sans date.

Hubley, J. « Principles of Health Education », dans *British Medical Journal*, vol. 289, 1984, p. 1054 à 1056.

Industrial Accident Prevention Association. *Literacy in the Workplace*, 1982.

« Information for patients about medicines », dans *The Lancet*, 7 novembre 1987, p. 1077 et 1078.

Inguanzo, J. et Harju, M. « How do consumers receive local health care information? », dans *Hospitals*, vol. 59, n° 7, 1985, p. 74 à 76.

Jenkins, C. D. « Low Education: A Risk Factor for Death », dans *New England Journal of Medicine*, vol. 209, n° 2, 1985, p. 95 à 97.

Jones, A.G. « Product safety labelling: a confusing message? », dans *At the Centre*, vol. X, n° 4, 1987, p. 18 et 19.

Kappel, B. « Literacy and Health », dans *Ontario Medical Review*, mars 1988, p. 42 et 43.

Kenter, P. « Workplace illiteracy: the three rrr's: reading, risk and responsibility », dans *Occupational Health and Safety Canada*, vol. 3, n° 4, 1987, p. 25 à 30 et 66.

Kleinman, J. C. et Madans, J. H. « The effects of maternal smoking, physical stature, and educational attainment on the incidence of low birth weight », dans *American Journal of Epidemiology*, vol. 121, n° 6, 1985, p. 843 à 855.

Kozol, J. *Illiterate America*, New York, Plume Printing, 1985, p. 14, 24 et 25.

Labonté, R. « Santé communautaire : stratégies de promotion », dans *Promotion de la santé*, ministère de la Santé et du Bien-être du Canada.

Labonté, R. « Concepts, research and strategies relating to social support and surplus powerlessness », dans *Heart Health Inequalities Workshop Report*, 3 décembre 1987.

Labonté, R. « Health Promotion: From Concepts to Strategies », dans *Healthcare Management Forum*, automne 1988.

LaPierre, G. et Mallet, L. « Readability of materials », dans *Canadian Pharmaceutical Journal*, décembre 1987, p. 718 à 728.

Leigh, J. P. « An empirical analysis of self-reported, work-limiting disability », dans *Medical Care*, vol. 23, n° 4, 1985, p. 310 à 319.

Leigh, J. P. « Direct and indirect effects of education on health », dans *Social Science Medicine*, vol. 17, n° 4, 1983 p. 227 à 234.

Leigh, J. P. « Occupation and coronary disease: schooling as a confounder », dans *JAMA*, vol. 259, n° 10, 1988, p. 1496 et 1497.

MacDonald, J. et Zandstra, I. *Research and Health Eudcation: Possibilities for the Health Sciences Division*, mémoire, Ottawa, CRDI, 1988.

Millar, W. et Wigle, D. « Socioeconomic disparities in risk factors for cardiovascular disease », dans *Canadian Medical Association Journal*, vol. 134, n° 15, janvier 1986, p. 127 à 132.

Ministère des Services sociaux et communautaires. *Étude sur la santé des enfants de l'Ontario : Résumé des premiers résultats*, Toronto, ministère des Services sociaux et communautaires, 1986.

Ministère des Services sociaux et communautaires. *Ontario Child Health Study: Abstracts of Research Reports and Literature Reviews*, Toronto, ministère des Services sociaux et communautaires, septembre 1987.

Ministère des Services sociaux et communautaires. *The Relationship Between Poverty and Selected Social Indicators: Health Status, Educational Attainment and Incarceration*, Toronto, ministère des Services sociaux et communautaires, février 1988.

Ministère du Tourisme et des Loisirs. *Physical Activity Patterns in Ontario III*, Toronto, ministère du Tourisme et des Loisirs, 1986, p. 22 et 23.

Non-Formal Education Information Center. *Annotated Bibliography #2: Non-Formal Education and Health: a selected, annotated bibliography*, Non-Formal Education Information Center, 1981.

Offord, D. R. et Boyle, M. H. « Morbidity Among Welfare Children in Ontario », présentation faite à la Commission de révision de l'aide sociale du ministère des Services sociaux et communautaires de l'Ontario, à Hamilton en décembre 1986.

Patterson, M. R. « The hazards of illiteracy in the workplace », dans *Professional Safety*, novembre 1987, p. 41 à 45.

Perrin, B. T. *A Review of Training and Educational Programs for Social Assistance Recipients Entering the Labour Force*, Toronto, Comité d'examen de l'aide sociale, 1987.

Pincus, T. et Callahan, L. F. « Taking mortality in rheumatoid arthritis seriously - predictive markers, socioeconomic status and comorbidity », éditorial paru dans *The Journal of Rheumatology*, vol. 13, n° 5, 1986, p. 841 à 845.

Pincus, T. et Callahan, L. F. « Formal education as a marker for increased mortality and morbibity in rheumatoid arthritis », dans *The Journal of Chronic Diseases*, vol. 38, n° 12, 1985, p. 973 à 984.

Pincus, T. *et al.* « Most chronic diseases are reported more frequently by individuals with fewer than 12 years of formal education in the age 18-64 United States population », dans *Journal Chronic Diseases*, vol. 40, n° 9, p. 865 à 874.

Podborski, S. *Questions relatives à la promotion de la santé en Ontario : Rapport du Comité ministériel sur la promotion de la santé*, Toronto, ministère de la Santé de l'Ontario, 1987.

Puska, P. *et al.* « Planned use of mass media in national health promotion: *The Keys to Health* TV program in 1982 in Finland », dans *Revue canadienne de santé publique*, vol. 76, n° 5, 1985, p. 336 à 342.

Rachlis, M. et Kushner, C. *Second Opinion: What's Wrong with Canada's Health-Care System and How to Fix It*, Toronto, Collins, 1989.

Radwanski, G. *Étude sur le système d'éducation et les abandons scolaires en Ontario*, Toronto, ministère de l'Éducation de l'Ontario, 1987.

Ramirez, R. « The relationship between illiteracy and accident occurence », dans les *Actes du dixième congrès international sur la prévention des maladies et accidents professionnels*, 1983, p. 165 et 166.

Rea, B. *Adult Literacy and the Workplace*, rapport intérimaire, phase II, 1986.

Rootman, I. « Inégalités face à la santé : sources et

solutions », dans *Promotion de la santé*, ministère de la Santé et du Bien-être social du Canada, hiver 1988, p. 2 à 8.

Rossof, A. H. « Non-compliant, or illiterate? », dans *The Lancet*, vol. 1, n° 8581, 1988, p. 362.

Ruberman, W. *et al.* « Education, psychosocial stress and sudden cardiac death », dans *Journal of Chronic Diseases*, vol. 36, n° 2, 1983, p. 151 à 160.

Samways, M. C. « Functionaly illiterate worker also has "right to understand" », dans *Occupational Health and Safety*, janvier 1988, p. 49, 50, 52 et 53.

Sharav T. *et al.* « Effect of maternal education on prognosis of development in children with Down syndrome », dans *Pediatrics*, vol. 76, n° 3, septembre 1985, p. 387 à 391.

Slater, C. et Carlton, B. « Behavior, lifestyle, and socioeconomic variables as determinants of health status: implications for health policy development », dans *American Journal of Preventative Medicine*, vol. 1, n° 5, 1985, p. 25 à 33.

Southam News. *Literacy in Canada: A Research Report*, Ottawa, The Creative Research Group Ltd., 1987.

Spasoff, R. A. *La santé pour tout l'Ontario : Rapport du Groupe d'experts sur les objectifs en matière de santé en Ontario*, Toronto, ministère de la Santé de l'Ontario, 1987.

Statistique Canada. *La Santé des Canadiens : rapport de l'Enquête Santé Canada*, Ottawa, ministère des Services et Approvisionnements du Canada, 1981.

Stone, A. J. et Siegel, J. M. « Correlates of accurate knowledge of cancer », dans *Health Education Quarterly*, vol. 13 n° 1, 1986, p. 39 à 50.

Sweet, L. « Government starving' illiterates », dans *The Toronto Star*, 27 juin 1988, p. C2.

« Telling patients about their medicines », dans *The Lancet*, 7 novembre 1987, p. 1064.

Towler, J. « Can you read this? », dans *Toronto Business*, juillet 1988, p. 7 et 9.

Townsend, P. et Davidson, N. *Inequalities in Health: the Black Report*, Harmondsworth (Angleterre), Penguin, 1982.

Unesco. *Health Education Intervention: An Annotated Bibliography*, série 13 – Éducation et nutrition, Programme d'éducation et de nutrition, Paris, 1986.

Vandenberg, L. *et al.* « Promoting health and nutrition through primary schools », dans *INET Up-Date*, février 1987, p. 114 à 123.

Wagner, D. A. *Literacy Assessment in the Third World: An Overview and Proposed Schema for Survey Use*, article inédit, 1988.

Weinblatt, E. *et al.* « Relation of education to sudden death after myocardial infarction », dans *The New England Journal of Medicine*, vol. 299, n° 2, p. 60 à 65.

Wilkins, R. et Adams, O. B. « Changes in the healthfulness of life of the elderly population: an empirical approach », dans *Revue épidémiologique et de santé publique*, vol. 35, 1987, p. 225 à 235.

Wilkins, R. « Restriction dans les activités du Groupe de travail inter-DSC », dans *Enquête sur la promotion de la santé à Montréal en 1986*, Montréal, départements de santé communautaire de l'Hôpital du Sacré-Coeur, de l'Hôpital général de Montréal et de l'hôpital Saint-Luc, mai 1988.

Wilkins, R. *Special Study on the Socially and Economically Disadvantaged*, Ottawa, ministère de la Santé et du Bien-être social du Canada, 1988.

# IX. PARTICIPANTS AU PROJET ALPHABÉTISATION ET SANTÉ

Les personnes suivantes ont participé soit à la recherche et aux ateliers régionaux, soit à la campagne provinciale de consultation et à l'équipe de stratégie.

Elles sont regroupées selon leur lieu d'origine : l'Ontario, le Québec et les États-Unis.

**ONTARIO**

*Centre-Ouest :*

Rose Anne Alfano
Jill Baron
Karen Costie
Steve Elson
Jolaneta Jokubyras
Peggy McCarroll
Cathie Quick
Kathy Saussens
Carol Saville
Margaret Smith
Venilda Tortora

*Nord-Ouest :*

Judy Baker
Joan Baril
Linda DePiero
George Kenny
Lynn Kislock
Teresa Legowski
Jack Macready
Jim Proctor
Ron Schultz
Arlene Simpson
Tim Woods

*Est :*

Kae J. Bee
Cheryl Boon
Mary J. Breen
Centre de services communautaires du comté de Frontenac-Nord
Anne Colterman
Carin Cross-Stewart
Susan Gatchell
Delma Holan
Stan Jones
Mary Klein
Marthe Lavoie
Addy Murray
Sandra Murray
Gordon Mutter
David Neice

Dick Nolan
Ann Osborne
Gayle Owen
Irving Rootman
Janet Shively
David Skinner
Sue Snelgrove
Astri Thorvik
Reg Warren
Jean Webb
Russell Wilkens

*Nord-Est :*

Audrey Anderson
Yvette Bradley
Jennifer Brouse
Audrey Crouch
Don Desrosiers
Sam Gamble
Dee Goforth
Florence Gary
Jacques Guy
Heather Jessup-Falcioni
Mary McDowall
Rosemary Newman
Heather Segsworth
Chris Stagg
Stephen Vail

*Centre-Est :*

Bonnie Ashawasega
Diane Azzarello
Ron Bowers
Betty Butterworth
Centre de santé communautaire Parkdale
Denise Chong
Collège Frontier
Carmen Connolley
Noreen Crawford
Joey Davidson
Robert Doyle
Margaree Edwards
Phyllis Fisher
Marsha Forest
Romeo Franceschini
Myrna Francis
Victor Gascon
Karen Hadley
Trevor Hancock
Michelle Harding
Stefa Katamay
John Keays
Ron Labonte
Tracy LeQuyere
Barbara Marchant
Sally McBeth
Rebecca Metcalfe
Marg Metzger
Sheryl Mitchell
Gordon Nore
Tracy Odell
Stephanie Ozorio
Rick et Carol Parsons

Jack Pearpoint
Anna Maria Pettella
Michael Rachlis
Almerinda Rebelo
Elizabeth Rossnagel
Anne Sheppard
Robin Silverman
Kristine Sisson
Jamie Urhig
David Vickers
Ed Wadley
Elisse Zack

*Sud-Ouest :*

Joan Alderson
Jacquie Allair
Suzanne Brown
Daniella Chacon
Joanne Culley
Anne Marie Grange
Deborah De Hetre
Kim Hodgson
Helen Keir
Helen Kelly
Joan Lawton
Bonnie Mahon
Colleen Maloney
Margaret McGee
Sandra McNee
Mary Ann Morgan
Edith Owen
J. D. Pudden
John Roberts
Patty Ryan
Barbara Saunders
Donna Smith
Howard Stevenson
Shanthi Radcliffe

QUÉBEC :

Tom Eisenmon
Martin Somberg

ÉTATS-UNIS :

Michael Grossman
Theodore Pincus
Paul Leigh
Daniel Wagner